

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Transformación del sistema de salud del Ecuador, período  
2007-2013**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Santiago Illescas Correa**

Directores

**Manuel Sánchez Reinón**  
**Esther del Campo García**

**Madrid, 2017**



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN**  
**ORTEGA Y GASSET**

Programa de Doctorado  
Gobierno y Administración Pública

TESIS DOCTORAL  
**Transformación del Sistema de Salud del Ecuador,**  
**Período 2007 - 2013**

Santiago Illescas Correa

Directores

Dr. Manuel Sánchez Reinón  
Dra. Esther Del Campo

Madrid, 2016



Marzo de 2016

## AGRADECIMIENTO

Al Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset, por su apoyo y apertura durante todo el programa de formación, a la Universidad Complutense de Madrid por brindarme las facilidades para el trabajo de investigación, a mis tutores de Tesis Esther Del Campo y Manuel Sanchez, por aportar con sus sapiencias a encaminarme y cumplir con el objetivo de la investigación.

Mi más grande agradecimiento a autoridades, profesores y servidores públicos del Instituto de Altos Estudios Nacionales, Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud-Ecuador, Consejo Nacional de Salud, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, un reconocimiento sincero a Carina Vance, Ministra de Salud Pública; Miguel Malo, Viceministro de Salud Pública; Iván Palacios, Director Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud del MSP; Jose Rúales, Representante de la Organización Panamericana de la Salud en Ecuador, por su convicción y apoyo dentro de la Investigación y al personal del Ministerio de Salud Pública de las diferentes unidades que lo conforman, quienes con su experiencia y conocimientos guiaron y apoyaron este trabajo.

Por tal motivo, tengo el agrado de ponerlo a consideración de mis compañeros y amigos que fueron parte de este proyecto.



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	i
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS .....	v
LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS .....	vii
ABSTRAC .....	ix
RESUMEN .....	xv
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Tema, pregunta principal y preguntas secundarias de la investigación .....	1
1.2. Relevancia del tema de estudio .....	5
1.3. Aproximaciones teóricas adoptadas .....	9
1.4. Metodología a seguir .....	12
1.5. Estructura de la tesis .....	15
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO: EL NEOINSTITUCIONALISMO HISTÓRICO COMO ENFOQUE DE ANÁLISIS .....	19
2.1. Introducción .....	19
2.2. El neoinstitucionalismo .....	21
2.2.1. Neoinstitucionalismo racional .....	22
2.2.2. Neoinstitucionalismo sociológico .....	24
2.2.3. Neoinstitucionalismo histórico .....	25
2.3. Tipos de cambio institucional gradual .....	40
2.3.1. Reemplazo o displacement .....	40
2.3.2. Cambio por capas o layering .....	41
2.3.3. Desvío o drift .....	42
2.3.4. Transformación o conversión .....	43
2.4. Los actores que propician el cambio gradual de las instituciones .....	43
CAPÍTULO III. ESTADOS DE BIENESTAR .....	47
3.1. Introducción .....	47
3.2. Los Estados de bienestar en un mundo complejo .....	48
3.3. Conceptualización del Estado de bienestar .....	51
3.4. Las reformas de los Estados de bienestar .....	56
3.5. Los Estados de bienestar en América Latina .....	64
3.5.1. Tipologías de los Estados de bienestar .....	74

3.5.2. Evolución y reformas de los Estados de bienestar.....	76
3.6. El Estado de Bienestar del Buen Vivir en Ecuador.....	85
<b>CAPÍTULO IV. EL ESTADO COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS PÚBLICOS .....</b>	<b>95</b>
4.1. Introducción .....	95
4.2. El Estado como Actor Autónomo .....	98
4.3. El Brazo Ejecutor del Estado: Reformas del Estado .....	100
4.4. Servicios de Salud como Bienes Públicos .....	116
4.5. Instrumentos de Gestión y Provisión de los Servicios de Salud.....	120
<b>CAPÍTULO V. SISTEMAS DE SALUD: TIPOS Y REFORMAS EN AMERICA LATINA .....</b>	<b>125</b>
5.1. Introducción .....	125
5.2. Sistemas de Salud: Tipos y Principales Características .....	126
5.3. Regímenes de Bienestar y Sistemas de Salud.....	136
5.4. Sistemas de Salud en América Latina .....	138
5.4.1. Tipologías de los Sistemas de Salud .....	140
5.4.2. Sistemas de Salud antes de las Reformas .....	144
5.4.3. Desafíos para los Sistemas de Salud .....	151
5.5. Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina.....	158
5.5.1. La Reforma del Sistema de Salud en Brasil.....	162
5.5.2. La Reforma del Sistema de Salud en Colombia .....	165
5.5.3. La Reforma del Sistema de Salud en Uruguay.....	167
<b>CAPÍTULO VI. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ECUADOR.....</b>	<b>173</b>
6.1. Introducción .....	173
6.2. Proceso Político de las Reformas del Sistema Nacional de Salud.....	178
6.2.1. CONASA .....	182
6.2.2. Marco Legal del Sistema Nacional de Salud.....	189
6.2.3 Implementación: Avances y Bloqueos .....	194
6.2.4. Acceso y Cobertura .....	196
6.3 - Los Actores del Sector Salud .....	202
6.4. El Sector Salud en Ecuador antes de las Reformas del SNS.....	207
6.5 El Sector Salud en Ecuador después de las Reformas del SNS.....	213
6.5.1. Red Pública Integral de Salud - RPIS.....	217
6.5.2. Red Complementaria de Salud .....	219
6.5.3. Rectoría del SNS .....	221
6.5.4. Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS.....	226

6.5.5. <i>Modelo de Gestión</i> .....	236
6.5.6. <i>Descentralización del MG</i> .....	244
6.5.7. <i>Desconcentración del MG</i> .....	248
6.5.8. <i>El Talento Humano del SNS</i> .....	250
6.5.9. <i>Gasto y Financiamiento en Salud</i> .....	255
<b>CAPÍTULO VII. LA EVOLUCIÓN DEL SNS EN ECUADOR</b> .....	263
7.1. <i>El Sistema de Salud ecuatoriano como Ejemplo de Tenacidad Institucional</i> .....	264
7.2. <i>Cambios Graduales en Contexto de Crisis Permanente</i> .....	267
7.3. <i>Gran Coalición para Desarrollar las Reformas</i> .....	270
7.4. <i>El Rol del Estado en Política Social</i> .....	275
7.5. <i>Consideraciones Finales</i> .....	285
<b>CONCLUSIONES</b> .....	289
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	301
<b>ANEXO: Modelo para entrevistas</b> .....	323





## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1.- TIPOS DE CAMBIO INSTITUCIONAL .....	38
TABLA 2.- TIPOS DE CAMBIO Y AGENTES QUE LOS PROMUEVEN .....	46
TABLA 3.- ELEMENTOS CENTRALES DE LA NGP EN CONTRASTE CON AP Y NAP .....	102
TABLA 4.- CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS BISMARCK Y BEVERIDGE DE ATENCIÓN DE LA SALUD .....	129
TABLA 5.- TIPO DE ACTORES .....	202
TABLA 6.- FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN ECUADOR .....	260
GRÁFICO 1.- DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DEL ECUADOR.....	123
GRÁFICO 2.- PROCESO DE APROBACIÓN DE PROPUESTAS SECTOR SALUD .....	186
GRÁFICO 3.- PROCESOS DEL CONASA.....	187
GRÁFICO 4.- EL RETO DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD, ECUADOR .....	214
GRÁFICO 5.- SOLUCIONES ESTRUCTURALES PARA EL EJERCICIO DEL ROL DE AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL .....	224
GRÁFICO 6.- ESTRUCTURA TERRITORIAL DEL SISTEMA DE SALUD, ECUADOR.....	249
GRÁFICO 7.- MODELO DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN ECUADOR.....	258
GRÁFICO 8.- INVERSIÓN SOCIAL .....	278
GRÁFICO 9.- DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL SECTOR SOCIAL.....	279
GRÁFICO 10.- PRESUPUESTO DE SALUD 2000-2014.....	280
GRÁFICO 11.- TIPOLOGÍA DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA RPIS .....	283
GRÁFICO 12.- ÍNDICE DE GINI DE ECUADOR .....	284



## LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ADPIC — Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio  
Afeme — Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina en el Ecuador  
APS — Atención Primaria de la Salud  
AP — Alianza País  
Asedefe — Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería  
ASN — Autoridad Sanitaria Nacional  
CEPAL - Comisión Económica para América Latina  
CEPAR - Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social  
CIP – Código Integral Penal  
CONASA — Consejo Nacional de Salud  
CONEA — Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior  
CORPSOAT — Corporación de Aseguradoras del SOAT  
CPCCS — Consejo de Participación Ciudadana y Control Social  
EBAS — Equipos Básicos de Salud  
FFAA — Fuerzas Armadas  
FONSAT — Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito  
IDH — Índice de Desarrollo Humano  
IESS — Instituto Ecuatoriano del Seguro Social  
INEC — Instituto Nacional de Estadística y Censos  
ISSFA — Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas  
ISSPOL — Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional  
LMGYAI — Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia  
MAIS — Modelo de Atención Integral de Salud  
MSP — Ministerio de Salud Pública  
NIH - Neoinstitucionalismo Histórico  
OMS — Organización Mundial de la Salud  
ONG — Organización no Gubernamental  
OPS — Organización Panamericana de la Salud  
PAI — Programa Ampliado de Inmunizaciones  
PCYT — Proceso de Ciencia y Tecnología  
PIB — Producto Interno Bruto  
PPS — Protección Social en Salud  
RC – Red Complementaria  
RPIS – Red Pública Integra de Salud  
RSI — Reglamento Sanitario Internacional  
SENPLADES – Secretaría nacional de Planificación y Desarrollo  
SNS — Sistema Nacional de Salud  
SSC — Seguro Social Campesino  
TIC — Tecnologías de la Información y la Comunicación  
UNASUR — Unión de Naciones Suramericanas  
UNFPA — United Nations Fund for Population Activities



## ABSTRAC

### **Transformation of the Health System of Ecuador, Period 2007 – 2013**

The new century has brought with it, at least so far, differences in the trend for other cases. The XXI century in regions like Latin America, especially in middle-income countries and "high" human development in the regional context, where there are arrays of strongly institutionalized welfare such as Ecuador; has brought with it a trend towards strengthening and expanding various policies associated with the welfare of the population in general and assistance to low-income population in particular as the end of Good Living-Sumak Kawsay. Within this trend, it could well be taken as an example Transformation the NHS in Ecuador since 2008, with the new Constitution of the Republic of Ecuador.

This reform raised both from its initial formulation and during subsequent approval, a number of structural changes in such an important sector for the architecture being of any country like health care of its population, and also presented a series of social development and labor relations for example and that together appear to pose an attempt at transformation matrix wellness happening in terms of common with other sector reforms that the Government of the Citizen Revolution (RC) raised in his first term principles Esping Andersen (1990), a system of corporate cut conservative, a universalist system and decommodifying, with all the implications that a change of this kind brings together in terms of coalitions of support, resistance, blockades, level of service coverage, form of financing and grades and types of intervention of state power, among others.

The facts mentioned arouse interest about whether indeed these reform efforts broke through, or if on the contrary, structures and vested interests around the existing system finally ended up blocking or clarifying these changes. In this sense, the main question that will attempt to answer in this research is, the transformation of the NHS in Ecuador effectively meant a move towards a substantive change in the matrix welfare of the

country?, the main research question the proposition that arises is that, through a series of constitutional reforms and strengthening public health policies have let the Ecuador achieve significant progress within the matrix welfare.

The approach to this question will be geared mainly from the construction of two secondary answers to questions. First, it seems necessary to work on a general theoretical level about: How well is constructed in the XXI century - particularly how health services are provided - in developing countries, middle income, with corporate welfare regimes? The proposition of research officiating as a starting point for this question was, as already mentioned, that today Latin America is facing a period of restructuring and expansion of the welfare institutions of these countries, and that the context and conditions that favored this expansion, they are different from those that existed in postwar half century. Therefore, advance the answer to this question will allow, among other things determine the context in which these processes are part of the existing power structures, problems and blockades faced by new policies, and in particular, how it has evolved the provision of health services in both developing countries and highly industrialized regions.

x

---

Second, and specifically related to health reform in Ecuador occurred, the following questions arise: What were the conditions that favored the approval and implementation of health reform in Ecuador? and How he did finally structured the same? In this case, the proposition that lies behind is that even though the government of the RC had most Assembly members needed to approve the reform proposal without negotiating with other actors, the government's position was to build a proposal with a broad base of support, which determined that while the project will have in its infancy with a broad pro coalition, said support also brought the fact that the initial proposal RC see refocused on some issues very important.

This behavior should be framed in the context of the Ecuadorian health care has been one of the areas of public policy that more resistance to change presented in the country. In this sense, answer these questions involve in turn take up the historical processes of the construction and development of the health sector in Ecuador, paying particular attention to the structures and / or coalitions of power which were constituted in the

process, ie is will attempt to identify winners and losers as a way to understand the future existing incentives for institutional change in the current situation.

To meet the points made thus far, the research is structured as follows, first developed theoretically work, the theoretical approach chosen is the new institutionalism, especially an aspect of this current, the new institutionalism Historical. Trying to descriptively present the set of concepts that brings this analysis approach; and on the other, develop different issues associated with one of the weaknesses of this approach, such as institutional change. Thus, after reviewing the main features, scope and limitations of this approach, why discuss reforms in health policy from this perspective and inquire about the existence of work on health which have adopted the same approach is justified.

Second, it works around one of the pillars that support research, welfare regimes. Thus, special emphasis is given on the conditions that promoted the emergence of these social protection schemes, different types of settings identified by the literature, the crisis of the alliance between welfare policies, and the current stage of restructuring, adjustment and transforming them in different contexts. In addition it intends to offer a brief discussion about the relevance of the concept of welfare regime in Latin America, reviewing its main characteristics and differences between deployed in the more developed regions systems. These historical processes are observed especially in the construction Ecuadorian State Welfare, concentrating the account in shaping their social protection structure, providing certain general principles for understanding the evolution of the National Health System in Ecuador.

Third, the different models of governance prevailing in contemporary debates on Public Administration, New Public Management and New Public Governance are presented. Moreover, different management tools implemented by the Government of the Citizen Revolution linked to the provision, management and financing of social goods and services, particularly those instruments that are used globally in health care, to the extent also shows in that comprehensive health care it is considered a public good, so this factor necessarily involves certain levels of involvement of state institutions on the organization and management of the provision of health services.

Fourth, a review of the different models of integrated health care and dimensions that



are behind the different configurations of these services, both in countries of high human development in Latin America is done. Determining the role that the Ecuadorian State in the various cases mentioned, as well as the challenges faced by each system and the answers to rehearse to solve them.

Fifth, construction and historical development of health policy in Ecuador which deals exclusively with the Health Reforms implemented in Ecuador, its objectives evidence, the link with diagnoses and proposals of the different groups involved in the health sector on the new National health system (organizational changes in the Ministry of public health, regulation system, comprehensive public health network, the network joint in the territory and social participation). Subsequently, some of the results of such implementation are presented, seeking to emphasize the impact on universality, quality and equity of access, increased care coverage and financial situation and management of various lenders, both public and private, to assess whether or not there was a change in the previous balance between the public and private subsectors.

Finally we analyze whether or not the New National Health System has consolidated certain substantive elements to speak of a change in the welfare model of Ecuador, and whether changes at the level of the management model and provision of health services are consistent with these aspirations. In addition to translating the results of interviews with key players in the National Health System in Ecuador, as well as external actors in the same where academics play a key to test the theory with practice role, concerns not contrasted in interviews they were based on official institutional sources such as MSP (Ministry of Public Health), MCDS (Coordinator of Social Development Ministry), CONASA (National Health Council) and others.

In relation to the question planted at the beginning about the kinds of changes and reasons for them. The strengthening of the NHS did bring with still different changes, many of those implemented relatively successfully as those linked to the financing model, but the same collaborated with institutional reproduction and historically constructed changing system in the country. Therefore, the study of this case allows to note that in terms of health policy, the Ecuadorian case provides elements to ratify the usefulness of the framework chosen in Latin American cases analysis, while also seems to confirm that many of the conclusions that the Historical Institutionalism literature has

produced contexts retraction welfare schemes, are also valid to explain reforms in the context of enlargement or reconstruction of welfare, non-permanent austerity.

Finally, there remains the question of the course of the restructuring of the general matrix of social protection in the country. Ecuador built along the XXI century a stratified structure, strong corporate and therefore quite similar to the Mediterranean subtype indicated by the literature universalism. In health the National Health System in Ecuador to further reforms has much similarity to the Mediterranean countries in the eighties and nineties where health systems were built Beveridge type. Reviewing the main categories of reform welfare matrices theorized by E. Andersen, P. Pierson, Peña y Lillo J. & G. Ubasart definitely the NHS has incorporated different types of commodification oriented changes. This point is compatible with the progress on universal access and coverage of health in Ecuador.

Such universalization is guaranteed by the existence of a public sector that acts as an integral net for those excluded from the labor market.

In short, the ization of the previous system reforms, it tends to dualize the system, enhancing the comprehensive public health system for the poor and formal workers in the country and coordinating with a small sector of the population of high class that keep in additional network rather than issues of quality of services for the idiosyncrasies of people and a matter of social status.

---

xiii

In this sense, what presented throughout all the work the contrast that arises is the following, although discursively, and even in some sectors formally empowerment of a National Health System aimed to exit a type system Bismarckian, implementation of public policy has been determined so far that is producing a changes that seems to be aimed at strengthening certain components of Bismarck-Beveridge type. In this way, the task seems to be geared to enhance and increase the performance of this configuration, therefore, we can see that from universal access and coverage with a logic of rights no assurance, tax-funded marked, taxed progressively according to income (and not%), which will hire a fund providers (without intermediaries) to provide a basic package of benefits, with a control mechanism for patients and taxpayers.

Therefore, in relation to the direction of the welfare model from the health system, the

conclusion is that a historic, progressive and revolutionary break in the Ecuadorian conservative matrix evidence.

## RESUMEN

### *Transformación del Sistema de Salud del Ecuador, Período 2007 – 2013*

El cambio de siglo ha traído aparejado, al menos hasta el momento, diferencias en dicha tendencia para otros casos. El siglo XXI en regiones como América Latina, especialmente en países de renta media y desarrollo humano “alto” en el contexto regional, donde existen matrices de bienestar fuertemente institucionalizadas – como Ecuador –; ha traído aparejada una tendencia hacia el fortalecimiento y la ampliación de diferentes políticas asociadas al bienestar de la población en general, y a la asistencia de la población de menores recursos en particular como fin del Buen Vivir – Sumak Kawsay. Dentro de esta tendencia, perfectamente podría ser tomada como ejemplo la Transformación del SNS en Ecuador a partir del año 2008, con la nueva Constitución de la República ecuatoriana.

---

xv

Esta reforma planteó, tanto desde su formulación inicial como durante su posterior aprobación, una serie de cambios de carácter estructural en un sector tan relevante para la arquitectura de bienestar de cualquier país como es la atención sanitaria de su población, y además presentó una serie de principios comunes con otras reformas sectoriales que el Gobierno de la Revolución Ciudadana (RC) planteó en su primera legislatura – desarrollo social y relaciones laborales por ejemplo – y que en conjunto parecen plantear un intento de transformación de la matriz de bienestar, pasando en términos de Esping Andersen (1990), de un régimen de corte corporativo conservador, a un sistema universalista y desmercantilizador, con todas las implicaciones que un cambio de este tipo trae conjuntamente en materia de coaliciones de apoyo, resistencias, bloqueos, nivel de cobertura del servicio, forma de financiamiento y grados y tipos de intervención del poder estatal, entre otras.

Los hechos mencionados despiertan el interés acerca de si efectivamente estos intentos de reforma lograron abrirse paso, o si por el contrario, las estructuras e intereses creados en torno al sistema existente terminaron finalmente bloqueando o matizando estos

cambios. En este sentido, la pregunta principal que se intentará responder en esta investigación es la siguiente: **¿La transformación del SNS en Ecuador implicó efectivamente un avance hacia un cambio sustantivo en la matriz de bienestar del país?**, a la pregunta principal de la investigación la proposición que se plantea es que, a través de una serie de reformas constitucionales y el fortalecimiento de las políticas públicas sanitarias han permitido al Ecuador alcanzar avances significativos dentro de la matriz de bienestar.

El abordaje a esta pregunta estará orientado esencialmente a partir de la construcción de respuestas a dos preguntas secundarias. En primer lugar, parece necesario trabajar en un plano teórico general acerca de: **¿Cómo se construye bienestar en el siglo XXI – particularmente cómo se proveen servicios de salud – en países en desarrollo de renta media, con regímenes de bienestar corporativos?** La proposición de la investigación que oficia como punto de partida para esta pregunta fue, como ya se mencionó, que en la actualidad Latinoamérica está ante un período de reestructuración y ampliación de las instituciones de bienestar de estos países, y que el contexto y las condiciones que favorecieron esta expansión, son diferentes a las que existieron en la posguerra de mitad del siglo XX. Por lo tanto, avanzar en la respuesta a esta pregunta permitirá entre otras cosas determinar el contexto en el que se enmarcan estos procesos, las estructuras de poder existentes, las problemáticas y bloqueos a los que deben hacer frente las nuevas políticas, y en particular, cómo ha evolucionado la provisión de servicios sanitarios, tanto en los países en desarrollo como en las regiones altamente industrializadas.

En segundo lugar, y específicamente relacionada con la reforma sanitaria ocurrida en Ecuador, surgen las siguientes preguntas: **¿Cuáles fueron las condiciones que favorecieron la aprobación y posterior implementación de la reforma de la salud en Ecuador?** y **¿Cómo se estructuró finalmente la misma?** En este caso, la proposición que se encuentra detrás, es que a pesar de que el gobierno de la RC tuvo la mayoría de asambleístas necesaria para aprobar la propuesta de reforma sin necesidad de negociar con otros actores, la postura del gobierno fue la de construir una propuesta con una amplia base de apoyo, lo que determinó que al mismo tiempo que el proyecto contara en sus inicios con una amplia coalición favorable, dicho apoyo también trajo

consigo el hecho de que la propuesta inicial de la RC se viera reorientada en algunas cuestiones muy importantes.

Este comportamiento debe ser enmarcado en el contexto de que la atención sanitaria ecuatoriana ha sido una de las áreas de política pública que más resistencias al cambio ha presentado en el país. En este sentido, responder a estas preguntas implicará a su vez retomar los procesos históricos de la construcción y evolución del sector sanitario en Ecuador, prestando especial atención a las estructuras y/o coaliciones de poder que se fueron constituyendo en el proceso, es decir se intentará identificar ganadores y perdedores como forma de comprender los futuros incentivos existentes para el cambio institucional en la coyuntura actual.

Para cumplir con lo planteado hasta aquí, la investigación está estructurada de la siguiente manera, primero se desarrolla teóricamente el trabajo, la aproximación teórica elegida es la del nuevo institucionalismo, sobre todo una vertiente de dicha corriente, el Nuevo Institucionalismo Histórico. Tratando de presentar de manera descriptiva el conjunto de conceptos que aporta este enfoque de análisis; y por el otro, desarrollar diferentes cuestiones asociadas a uno de los puntos débiles de este enfoque, como es el cambio institucional. De esta manera, luego de revisar las principales características, alcances y limitaciones de este enfoque, se justificará el porqué de analizar las reformas en la política sanitaria desde esta perspectiva e indagar acerca de la existencia de trabajos sobre salud que hayan adoptado la misma perspectiva.

Segundo, se trabaja en torno a uno de los pilares que dan sustento a la investigación, los Regímenes de Bienestar. De esta forma, se presta especial énfasis en las condiciones que promovieron el surgimiento de estos esquemas de protección social, los diferentes tipos de configuración identificados por la literatura, la crisis de la alianza entre políticas de bienestar, y la etapa actual de reestructura, ajuste y transformación de los mismos en los diferentes contextos. Además tiene la intención de ofrecer una breve discusión alrededor de la pertinencia del concepto de régimen de bienestar para América Latina, revisando sus principales características y diferencias entre los sistemas desplegados en las regiones más desarrolladas. Estos procesos históricos son observados especialmente en la construcción del Estado de Bienestar ecuatoriano, concentrando el relato en la conformación de su estructura de protección social, aportando ciertos

principios generales que permitan comprender la evolución del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.

Tercero, se presentan los diferentes modelos de gestión pública predominantes en los debates contemporáneos sobre Administración Pública, la Nueva Gestión Pública y la Nueva Gobernanza Pública. Por otra parte, también se muestran los diferentes instrumentos de gestión implementados por el Gobierno de la Revolución Ciudadana vinculados con la provisión, gestión y financiamiento de bienes y servicios sociales, particularmente aquellos instrumentos que son utilizados globalmente en materia de asistencia sanitaria, en la medida en que la atención integral de la salud es considerada un bien público, por lo que este factor implica necesariamente ciertos niveles de involucramiento de las instituciones estatales sobre la organización y gestión de la provisión de los servicios de salud.

Cuarto, se realiza un repaso de los diferentes modelos de atención integral de la salud y de las dimensiones que se encuentran detrás de las distintas configuraciones de estos servicios, tanto en países de alto desarrollo humano como en América Latina. Determinando el rol que cumple el Estado ecuatoriano en los diferentes casos mencionados, así como también los desafíos enfrentados por cada sistema y las respuestas ensayadas para resolver los mismos.

Quinto, se evidencia la construcción y evolución histórica de la política sanitaria en Ecuador la cual se ocupa exclusivamente de las Reformas Sanitarias implementadas en Ecuador, sus objetivos, el vínculo con los diagnósticos y propuestas de los distintos colectivos involucrados en el sector salud sobre el nuevo Sistema Nacional de Salud (cambios organizacionales en el Ministerio de Salud Pública, regulación del sistema, red pública integral de salud, articulación de la red en el territorio y la participación social). Posteriormente, se presentan algunos de los resultados de dicha implementación, buscando poner énfasis en el impacto en la universalidad, calidad y equidad de acceso, el aumento en la cobertura de atención y en la situación financiera y de gestión de los distintos prestadores, tanto públicos como privados, para evaluar si efectivamente se produjo un cambio en el equilibrio previo entre los subsectores público y privado.

Finalmente se analiza si efectivamente el Nuevo Sistema Nacional de Salud ha logrado consolidar ciertos elementos sustantivos que permitan hablar de un cambio en el modelo de bienestar del Ecuador, y si los cambios a nivel del modelo de gestión y provisión del servicio de salud están en concordancia con estas aspiraciones. Además de plasmar los resultados de las entrevistas a actores claves del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador, así como actores externos del mismo donde los académicos cumplen un papel fundamental para contrastar la teoría con la práctica, las inquietudes que no se contrastaron en las entrevistas, se sustentaron en las fuentes institucionales oficiales como el MSP (Ministerio de Salud Pública), MCDS (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social), CONASA (Consejo Nacional de Salud) entre otros.

En relación a la pregunta plateada al inicio sobre los tipos de cambios y razones de los mismos. La potenciación del SNS sí trajo consigo diferentes cambios, muchos de esos implementados de forma relativamente exitosa como aquellos vinculados al modelo de financiamiento, pero los mismos colaboraron con la reproducción institucional y el recalibramiento del sistema construido históricamente en el país. Por lo tanto, el estudio de este caso permite advertir que en términos de política sanitaria, el caso ecuatoriano ofrece elementos para ratificar la utilidad del marco de análisis elegido en casos latinoamericanos, al tiempo que también parece confirmar que buena parte de las conclusiones que la literatura del Neoinstitucionalismo Histórico ha producido contextos de retracción de los esquemas de bienestar, también son válidos para explicar reformas en contextos de ampliación o reconstrucción de Bienestar, ajenos a la austeridad permanente.

Para terminar, queda la pregunta del rumbo de la reestructura de la matriz general de protección social del país. Ecuador construyó a lo largo del siglo XXI una estructura de cierto universalismo estratificado, fuertemente corporativa, y por ende, bastante similar al subtipo mediterráneo señalado por la literatura especializada. En materia de salud el Sistema Nacional de Salud en Ecuador posterior a las reformas tiene mucha similitud a los países mediterráneos en los años ochenta y noventa en los que fueron construyendo sistemas de salud de tipo Beveridge. Repasando las principales categorías de reforma de las matrices de bienestar teorizadas por Andersen E., Pierson P., Peña y Lillo J. & Ubasart G., definitivamente el SNS ha incorporado diferentes tipos de cambios



orientados hacia la desmercantilización. Este punto es compatible con el avance en materia de universalización del acceso y cobertura de la salud en el Ecuador.

Dicha universalización se encuentra garantizada por la existencia de un sector público que actúa como red integral de contención para aquellos excluidos del mercado de trabajo.

En definitiva, de la trialización del sistema anterior a las reformas, se tiende a dualizar el sistema, potenciando la red pública integral de salud para los pobres y los trabajadores formales del país y articulando con un pequeño sector de la población de clase alta que se mantendrá en la red complementaria más que por temas de calidad de los servicios, por la idiosincrasia de la gente y por un tema de estatus social.

En este sentido, de lo presentado a lo largo de todo el trabajo la contrastación que surge es la siguiente, si bien discursivamente, e incluso en algunos sectores formalmente la potenciación de un Sistema Nacional de Salud tuvo como objetivo salir de un sistema de tipo Bismarckiano, la implementación de la política pública ha determinado hasta el momento que se esté produciendo un recalibramiento que parece tener como objetivo el fortalecimiento de ciertos componentes de tipo Bismarck-Beveridge. De esta manera, la tarea parece estar orientada a potenciar e incrementar el rendimiento de esta configuración, por lo tanto, podemos observar que a partir de la universalización del acceso y la cobertura con una lógica de derechos no de aseguramiento, financiado por impuestos marcados, gravados progresivamente de acuerdo con el ingreso (y no en %), que van a un fondo que contrata proveedores (sin intermediarios) para suministrar un paquete básico de beneficios, con un mecanismo de control por pacientes y contribuyentes.

---

xx

Por lo tanto, en relación al rumbo del modelo de bienestar a partir del sistema de salud, la conclusión es que se evidencia una ruptura histórica, progresista y revolucionaria en la matriz conservadora ecuatoriana.

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

### *1.1. Tema, pregunta principal y preguntas secundarias de la investigación*

Dentro de los principales problemas en los que se han visto inmersas las ciencias políticas en los últimos años, está el análisis de los fundamentos teóricos y la transformación de las diferentes configuraciones del Estado y/o Regímenes de Bienestar. Si bien desde el punto de vista del discurso en las últimas décadas se ha mostrado la hegemonía de la doctrina neoliberal tanto a nivel político como económico y social, lo cierto es que diferentes trabajos (Esping-Andersen, 1990; Pierson, 2001; Peña y Lillo & Ubasart, 2013) han demostrado que a pesar de esta concordancia en relación con las problemáticas que deben hacer frente, los países han planteado una serie de respuestas individuales que continúan siendo sustancialmente diferentes entre sí. Incluso en América del Sur, tal vez la región en la cual los conceptos y modelos neoliberales han sido interiorizados durante la década de los ochenta y de los noventa, la existencia de particularidades internas en cada país determinó su profundidad y el posterior éxito o fracaso de las iniciativas de reformas establecidas.

---

1

En ese sentido, y de particular importancia para la investigación, dichas preocupaciones aparecen asociadas a ciertas interrogantes que han recibido las teorías institucionalistas, en relación con las dificultades para trascender de sus tesis en el fortalecimiento de las instituciones. Dentro del análisis de los procesos de cambio institucional destaca, entre otros aspectos, la importancia de la historia en la comprensión de las diferentes trayectorias adoptadas por las instituciones, ya que toda política pública se encuentra asociada a la elección de los actores involucrados y requiere tiempo, paciencia, experiencia y conciencia política, materializada en contextos históricos determinados e influidos por las decisiones que hayan sido tomadas en el pasado.

Es así que gran parte de la literatura —generada a partir de mediados de los noventa y asociada a estos temas— se enfocó en tratar de entender los diferentes procesos de resquebrajamiento de los Estados y/o Regímenes de Bienestar, y el avance de las lógicas más privatistas y residuales de protección social.

En los países de América Latina, a pesar de cierto retorno discursivo en los últimos años a favor de un rol más activo del Estado en la diversificación de la economía y la intervención en materia de provisión de bienestar y cuidado social llamado en Ecuador como ‘Buen Vivir’ o ‘sumak kawsay’, las reformas adoptadas en las últimas décadas en materia de beneficios sociales y protección han estado orientadas en su mayoría a confrontaciones de las distancias o quiebres respecto a su antecesor. Por eso la mayoría de las investigaciones realizadas sobre estos países se mantienen ligados como objeto de estudio a la corriente principal (*mainstream*) de la política social.

Sin embargo, en ciertos países de América Latina, y en el marco de la llegada al poder institucionalizado de Gobiernos que se autoproclaman como ‘progresistas’ o de ‘izquierda’, los albores del siglo XXI han involucrado una serie de transformaciones que según opinión de algunos especialistas (Muñoz; Ramírez; Falconi) plantean la inauguración de un nuevo ‘ciclo histórico’. Las mutaciones involucradas no se han circunscrito al plano discursivo, han tenido alcances a nivel político-institucional con consecuencias concretas para la vida de la gente donde existen matrices de bienestar fuertemente institucionalizadas.

En Ecuador a partir del proceso iniciado en el año 2007, bajo el gobierno de Rafael Correa y conocido como Revolución Ciudadana —como se verá— ha traído consigo una tendencia hacia el fortalecimiento y la ampliación de diferentes políticas públicas asociadas al bienestar de la población en general, y a la asistencia de la población de menores recursos en particular. Dentro de esta tendencia, perfectamente podría ser tomada como ejemplo, la transformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Ecuador, a partir del año 2008.

Esta reforma planteó, tanto desde su formulación inicial, como durante su posterior aprobación constituyente, una serie de cambios de carácter estructural en un sector tan relevante para la arquitectura de bienestar en cualquier país, como es la atención integral de la salud de su población. Además presentó una serie de principios comunes con otras reformas sectoriales que el Gobierno de la Revolución Ciudadana planteó en su primera legislatura —desarrollo social y relaciones laborales por ejemplo— y que en conjunto parecen plantear un intento de transformación de la matriz de bienestar. Es decir pasando, en términos de Esping Andersen (1990), de un régimen de corte corporativo

conservador, a un sistema universalista y desmercantilizador, con todas las implicaciones que un cambio de este tipo trae aparejado en materia de coaliciones de apoyo, resistencias, bloqueos, nivel de cobertura del servicio, forma de financiamiento y grados y tipos de intervención del poder estatal, entre otras.

Los hechos mencionados despiertan el interés acerca de si efectivamente estos intentos de reforma lograron abrirse paso, o si por el contrario, las estructuras e intereses creados en torno al sistema existente terminaron finalmente bloqueando o matizando estos cambios. En este sentido, la pregunta principal que se intentará responder en esta investigación es: ¿La transformación del SNS en el Ecuador implicó un avance hacia un cambio sustantivo en la matriz de bienestar del país? *La proposición*<sup>1</sup> a la pregunta principal de la investigación que se plantea es que a través de una serie de reformas constitucionales y el fortalecimiento de las políticas públicas sanitarias han permitido al Ecuador alcanzar avances significativos dentro de la matriz de bienestar.

El abordaje a la pregunta principal estará orientado esencialmente a partir de la construcción de respuestas a dos preguntas secundarias. En primer lugar, parece necesario trabajar en un plano teórico general acerca de: ¿Cómo se construye bienestar en el siglo XXI —particularmente cómo se proveen servicios de salud— en países en desarrollo de renta media, con regímenes de bienestar corporativos? *La proposición* de la investigación que se plantea como punto de partida para esta pregunta es que actualmente estamos ante un período de reestructuración y ampliación de las instituciones de bienestar de estos países, y que el contexto y las condiciones que favorecieron esta expansión son diferentes a las que existieron en la posguerra a mitad del siglo XX. Por lo tanto, avanzar en la respuesta a esta pregunta permitirá, entre otros aspectos, determinar el contexto en el que se enmarcan estos procesos: estructuras de poder existentes, problemáticas y bloqueos a los que deben hacer frente las nuevas políticas públicas, y en particular, cómo ha evolucionado la provisión de servicios de salud en los países en desarrollo.

En segundo lugar, relacionadas con las reformas en el sector de la salud ocurridas en el Ecuador, surgen las siguientes preguntas: ¿Cuáles fueron las condiciones que

---

<sup>1</sup> Se utiliza el término 'proposición' en lugar de 'hipótesis', debido a que este último requiere generalmente ser 'medible' (Whetten, 1989, citado en Sáiz-Carranza, 2006).

favorecieron la construcción, aprobación y posterior implementación de las reformas del sector salud en Ecuador? En este caso, *la proposición* que se encuentra detrás, es que el Gobierno de la Revolución Ciudadana (Alianza País) ha mantenido una estabilidad política por ocho años desde que se instauró la Asamblea Constituyente, logrando la mayoría de representantes necesarios para aprobar las propuestas de reformas en la Constitución de la República del 2008, hasta la actualidad, sin necesidad de negociar con otros actores. Además de la estabilidad política es importante precisar la estabilidad económica, derivada de una economía dolarizada, los precios altos del petróleo y la exitosa política exterior manejada por el Gobierno de la Revolución Ciudadana.

Este comportamiento debe ser enmarcado en el contexto de que la atención integral de salud en Ecuador ha presentado un gran abandono por parte de los Gobiernos de turno dentro de sus políticas públicas. En este sentido, responder a estas preguntas implicará a su vez retomar los procesos históricos de la construcción y evolución del sector de la salud en Ecuador, prestando especial atención a las estructuras o coaliciones de poder que se fueron constituyendo en el proceso.

El desarrollo teórico y metodológico de la investigación parte de algunos supuestos generales dentro del área de estudio de las políticas sociales que conviene explicitar. En primer lugar, el trabajo se centrará fundamentalmente en diversos abordajes politológicos asociados al cambio institucional; en ese sentido, siguiendo a Kay (2006), se considera a todo proceso político como un sistema complejo dentro del que se encuentran diversos procesos político-institucionales desarrollándose al mismo tiempo y con velocidades diferentes. Por eso, al optar por una aproximación a las transformaciones en los regímenes de bienestar contemporáneos, y en particular a los cambios en el sistema de salud ecuatoriano, desde una perspectiva dinámica de cambio; es decir, se pondrá especial énfasis en la temporalidad y secuencia histórica de los procesos analizados. Es así que el análisis será enmarcado dentro de la corriente teórica denominada ‘Neoinstitucionalismo Histórico’, ya que este ofrece una serie de herramientas que contribuirán a comprender analíticamente ciertas configuraciones institucionales y los comportamientos de los actores involucrados con el proceso de reforma.

Desde esa perspectiva, es importante precisar que las políticas pasadas son consideradas de cara a las políticas actuales como instituciones en sí mismas, por el hecho de que estas evidencian estructuras que limitan o condicionan las opciones de cambio o estrategias a los tomadores de decisiones. De tal modo que, para efecto de este estudio no sólo serán consideradas las diferentes etapas o momentos de una política pública, sino que también se tendrá en cuenta los formatos específicos de cambio institucional que estén operando en las mismas.

Particularmente dentro del sector de la salud y sus reformas, la perspectiva que se va a adoptar a lo largo del trabajo es que los principales factores explicativos de estas diferencias en la trayectoria deberán ser buscadas en las instituciones existentes dentro de cada caso, pero fundamentalmente en los procesos que permitieron la construcción de dichas instituciones, porque es en esa configuración inicial del entramado institucional donde se podrán encontrar las facilidades o bloqueos para la implementación o no de una reforma determinada; a la vez que dicho conocimiento puede ayudar a identificar cuáles son aquellos aspectos que justamente facilitarán o no una reforma estructural determinada.

Por lo tanto, la investigación consistirá en un estudio de caso que tendrá como unidad de análisis a las reformas al sistema de salud que se comenzó a implementar en el año 2008 en Ecuador, por el gobierno de la Revolución Ciudadana. El análisis de este caso se orientará principalmente a través de los postulados del neoinstitucionalismo histórico, pero se tendrá en cuenta también cuestiones asociadas a los enfoques centrados en los recursos de poder porque, como ya fue dicho, la comprensión y el análisis de los distintos formatos alternativos que están en disputa, con su consiguiente distribución de poder, son fundamentales para trabajar sobre los cambios de cualquier política pública. A continuación se justificará la relevancia de este caso y del tema de estudio, así como los procedimientos elegidos para aproximarse a este caso que nos ocupa.

## *1.2. Relevancia del tema de estudio*

Si bien la literatura especializada ha sido muy abundante a la hora de explicar los porqués del surgimiento y expansión de los Estados o Regímenes de Bienestar en el

siglo XX, también es cierto que el nuevo contexto en el que se están comenzando a plantear, o directamente implementar, políticas de expansión de logro, es bastante diferente al anterior. Es a partir de este reconocimiento que es relevante y pertinente indagar acerca de si efectivamente las razones que se identificaron como ‘exitosas’ para la consolidación de un régimen determinado de bienestar, continúan siendo buenas explicaciones para entender la nueva etapa de expansión de las políticas tradicionales de bienestar.

Al revisar los diferentes estudios referidos a los procesos de expansión, consolidación y retraimiento de los regímenes de bienestar, aparece como denominador común en muchos de ellos la generalización de las características de los sistemas de seguridad social al conjunto de la matriz de bienestar. Si bien se comparte el criterio seguido por autores como Esping Andersen (1990) de que los diferentes componentes tienden a seguir un mismo ‘patrón’ de conducta, lo cierto es que al centrar la atención en América Latina aparecen algunas particularidades y especificidades, que lo vuelven especialmente interesante para analizar. Por ejemplo, en primer término, un bien público como la salud, cuyas políticas de atención integral han resistido de forma más contundente a los embates de recorte promovidos desde las doctrinas neoliberales.

Ese hecho, sumado a los problemas estructurales que ha presentado históricamente este sector en el conjunto de la región (Fleury, 2001), da lugar a interesantes procesos políticos de expansión y mejora de los niveles de provisión del servicio, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Finalmente, la decantación por el estudio de la evolución de la política sanitaria también se fundamenta por la complejidad intrínseca de un sector muy sensible para la reproducción social, evidenciado por su alta especificidad técnica y asociada a la presencia de fuertes e importantes intereses corporativos, políticos y económicos: la cobertura y la atención integral de la salud en un contexto como el actual de alcanzar el Buen Vivir (Muñoz, 2013).

La elección de Ecuador como caso de estudio responde, entre otros aspectos, al hecho de que presenta la particularidad dentro de América Latina —junto con Argentina, Brasil y Chile, por ejemplo— de haber construido un régimen de bienestar que al

tiempo que comparte con sus pares regionales algunas características fundamentales como la informalidad, pero sobre todo la estratificación del mismo, también ha sido pionero en la introducción de muchas de las políticas más clásicas del bienestar como por ejemplo la seguridad social, incluso mucho antes que varios de los países europeos industrializados. Por lo tanto, se parte de la base que el conocimiento de algunas de las experiencias del caso ecuatoriano pueden contribuir al debate sobre los regímenes de bienestar, ya sea para el contexto latinoamericano exclusivamente, como para intercambios más ‘globales’ con sus pares de renta media. En síntesis, Ecuador aparece entonces como un caso altamente comparable para futuros trabajos investigativos.

Otra razón que justifica la elección de Ecuador como objeto de estudio es la particularidad histórica generada a partir del acceso al poder por parte del gobierno de la Revolución Ciudadana (Alianza País) por primera vez en su historia en el año 2007 con el liderazgo de Rafael Correa. Este hecho, potenciado por su mantenimiento en el poder por ocho años, permiten entre otras cosas testear diferentes aproximaciones ideológicas en torno al bienestar, contribuyendo así a confirmar o rechazar una de las principales variables desarrolladas por la literatura para explicar la consolidación de políticas de bienestar: la existencia o no de partidos de izquierda dentro de los gobiernos o coaliciones de gobierno. Así, su propuesta de reforma en el área de la salud se enmarcó en un contexto de similares reformas estructurales en otros ámbitos de gobierno; y se podría considerar, al menos en principio, orientadas a alcanzar y consolidar un nuevo sistema de bienestar, que en el caso ecuatoriano implicaría el paso desde un sistema corporativo (Esping Andersen, 1990) o de universalismo estratificado (Filgueira, 2007) hacia un Estado de Bienestar de corte socialdemócrata. Por otra parte, el sector salud en Ecuador presenta una particularidad interesante, que se refiere al hecho de que hasta esta reforma las únicas transformaciones de envergadura en el sector se habían podido llevar adelante en contextos autoritarios (Antón Pérez, 2009).

Dentro del contexto que instaló la necesidad de una reforma del sistema de atención integral de la salud como una prioridad política pueden mencionarse brevemente los siguientes factores: en materia de acceso a los servicios, el mismo no era universal, y justamente quienes estaban fuera del sistema, eran parte de los colectivos más vulnerables de la población: niños, adolescentes, mujeres que no están integradas al mercado formal de trabajo y adultos mayores. Por otra parte, existía un diagnóstico



ampliamente compartido acerca de las importantes disparidades en materia de infraestructura, nivel de gasto por usuario y distribuciones de los recursos humanos entre el subsistema público y el privado, a favor de este último.

Acerca de los servicios, se constataban impactos regresivos en los altos precios de los copagos y tasas de atención, problemas con las largas listas de espera para especialistas y un enfoque asistencial centrado en los hospitales y no en la atención primaria y la prevención. El conjunto de particularidades que presenta el caso ecuatoriano, en cuanto a la aceptación del gobierno de la Revolución Ciudadana por parte de la sociedad, ha permitido un amplio consenso político y social respecto a la necesidad de realizar una serie de reformas estructurales profundas, que pueden ser un buen laboratorio donde indagar acerca de hasta qué punto estas condiciones son suficientes para vencer los bloqueos o resistencias que puedan aparecer a nivel social, sindical y político; pero fundamentalmente: la capacidad del nuevo gobierno de construir una bifurcación en el camino recorrido por el país durante más de un siglo de historia en materia de política sanitaria.

Pero más allá de ese punto, el interés de estudiar la evolución del SNS en Ecuador hoy, responde también a una serie de posibles tensiones o dificultades que pueden plantear o plantean los cambios propuestos: la intención de universalizar el acceso a la atención y mejorar la calidad y equidad del sistema; con el fin de materializar la Red Pública Integral de Salud conformada por el sistema público y los seguros sociales; que dentro de la red, el Ministerio de Salud Pública (MSP) cumpla el rol de rector y regulador de la salud pública, articule la red en el territorio descentralizando y desconcentrando los servicios, fortaleciendo los equipos de salud y la participación social.

En resumen, a partir del análisis del SNS se estará trabajando al menos alrededor de tres clivajes de gran interés para la ciencia política: en primer lugar, uno que incorpora los formatos alternativos de bienestar, que en líneas generales podría ser ilustrado con la oposición entre neoliberalismo y Estado de Bienestar; en segundo lugar, y asociadas al anterior, aparecen las discusiones relacionadas con el clivaje de universalización–focalización; mientras que en último término, también se tendrá en cuenta el debate entre desmercantilización y mercantilización de la oferta de servicios sociales.

### *1.3. Aproximaciones teóricas adoptadas*

Este estudio aportará a la comprensión de los actuales procesos de reforma de los regímenes de bienestar en países en desarrollo de renta media, a partir del análisis de la reforma de la salud implementada en Ecuador. En este sentido, se entiende al igual que Skocpol & Amenta (1986), que estudios históricos detallados de uno o pocos casos permiten observar las configuraciones de las causas que explican las diversas políticas sociales. En un primer momento, se parte del supuesto de que efectivamente estamos ante una situación histórica caracterizada por la expansión de los servicios de bienestar, al menos en América Latina; para posteriormente pasar a determinar cuáles son las principales características de dicho proceso, tanto en términos de los diferentes modelos de provisión de servicios sanitarios y los tipos de estructuras de bienestar y protección social.

De esa manera, la variable dependiente será el cambio en la política sanitaria en Ecuador, que será analizado a partir de algunas dimensiones planteadas por parte de la literatura especializada, como por ejemplo: nivel de gasto público en salud; hibridación social público-privado en materia de provisión de servicios de salud; nivel de privatización del riesgo; estructura de los servicios (médicos, enfermeras, camas disponibles, etc.); formato que adquiere el derecho a la atención dentro del eje derecho de la ciudadanía, capacidad de pago; repatriación de especialistas médicos, reajuste de salarios de los médicos; mecanismos de ingreso de los pacientes a los servicios (Wendt, 2009). Estas dimensiones permitirán ubicar al caso analizado dentro del espectro de los sistemas de salud contemporáneos, y permitirá determinar cómo se procesaron en el caso ecuatoriano los conflictos asociados a los diferentes clivajes ya presentados.

De forma explícita, esta investigación se propone trabajar dentro del área de cambio institucional. Esta opción no es azarosa y tampoco está exenta de dificultades. En primer lugar, la preferencia por trabajar con las condiciones en las que se produce el cambio institucional tiene como principal motivación aportar conocimiento en una línea que particularmente ha conformado el centro de las críticas hacia los estudios neoinstitucionalistas: la dificultad para lidiar y explicar los procesos de cambio institucional (Steinmo, 2008). Por eso este estudio tomará especialmente en cuenta una serie de trabajos que han planteado diferentes líneas de análisis que permiten salvar la

dificultad de enfoques como el neoinstitucionalismo histórico para trascender visiones estáticas de los diferentes procesos político-institucionales.

Dentro de estos trabajos merece la pena destacar a Hall (1990), Mahoney & Thelen (2010); Steinmo (2008); Streeck & Thelen (2005); Deeg (2005), entre otros.

Por lo tanto, a partir de los postulados del neoinstitucionalismo histórico que serán presentados en el siguiente capítulo, se parte de la idea de que cualquier política pública sea analizada en términos de continuidad histórica, la política sanitaria por ejemplo puede ser conceptualizada como un conjunto de subprocesos que se desarrollan a ritmos y niveles diferentes (Kay, 2006). Estos matices se pierden con la realización de estudios estáticos de la política, y por lo tanto se están dejando sin analizar una serie de fenómenos y procesos en el tiempo (to) que pueden ser parte fundamental de las configuraciones advertidas en el período de análisis del tiempo (t1). Desde esta perspectiva, la política existente en el período (to) oficia analíticamente como una institución que condiciona y en algunos casos restringe el abanico de posibilidades consideradas viables en (t1).

---

10

Estos cambios, no necesariamente deben seguir una lógica incremental, y mucho menos imposibilitan de plano la adopción de cambios de rumbo radicales en las políticas (Pierson, 2001). Es a partir de estos planteamientos y clasificaciones que se intentará relacionar analíticamente estos modelos abstractos de cambio institucional con los tres pilares definidos para la investigación: las formas en que se están transformando los Regímenes o Estados de Bienestar, los modelos de reforma de las administraciones públicas y los tipos de gestión y provisión de servicios de salud.

Como se verá en el apartado teórico, la introducción de cambios en materia de gestión tanto administrativa como de los recursos humanos en el área de la atención integral de la salud implica a priori cambios de primer orden, en el entendido de que los mismos afectan a los instrumentos de la política, pero no la alteran en sus objetivos (Hall, 1990). La caracterización de estos cambios dentro de los diferentes modelos de Administración Pública, y su inserción en una matriz u otra de organización del sector salud, ayudarán a determinar si el tipo de ajustes se orientan hacia el lado de la racionalización, o por el

contrario, los mismos responden mejor a una lógica de actualización de la política existente.

Finalmente, a partir de la definición de tipos ideales en los modelos de atención integral de la salud, la inclusión de las diferentes etapas identificadas en el caso ecuatoriano dentro de los mismos, permitirá determinar a partir de las dimensiones en las que se produjeron cambios, las características de dichas transformaciones y su ubicación dentro de la matriz de análisis generada en este trabajo.

De forma particular, el foco de esta investigación se encontrará en los denominados cambios de corte gradual (Streek & Thelen, 2005) y de segundo orden (Hall, 1990) que en materia de reajustes en las políticas de bienestar aparecen asociados a los procesos de recalibración (Pierson, 2006). ¿Por qué?. Esencialmente, debido a que este tipo de cambios muchas veces son los más sutiles de vislumbrar, que a priori parece ser inocuo en sus efectos, pero que muy por el contrario es el que determina el cambio dinámico de la mayoría de las instituciones públicas.

Lo interesante a la hora de analizar los cambios ‘intermedios’ que no son meros ajustes presupuestales, pero tampoco llegan a ser cambios en el paradigma de la política, es que los efectos de estos cambios son menos lineales, y las consecuencias de los mismos no pueden estimarse a priori. Por otra parte, en relación al caso analizado, también parece preciso centrarse en este nivel de transformación por dos motivos: en primer lugar, porque es el identificado por autores como Pierson (2006) como el tipo de reformas predominante en regímenes de bienestar de corte corporativo, configuración que, como se trabajará más adelante en este trabajo, presenta rasgos muy similares al tipo de esquema que ha construido y desarrollado Ecuador a lo largo de su historia. En segundo lugar, si alguna hipótesis de trabajo se puede aventurar es que la transformación del Sistema Nacional de Salud en Ecuador ha constituido más una recalibración, que un cambio de paradigma.

Para confirmar o rechazar esta afirmación, no solo es importante conocer el tipo de institución u orientación de política que se pretende reformar, sino que además será necesario identificar la orientación del cambio que se producirá, como forma de comprender el efecto de dicho cambio.

#### *1.4. Metodología a seguir*

La intención de esta investigación es realizar un estudio de caso. Esto se debe, en una primera instancia, a considerar que los aportes que se pueden extraer de este tipo de estudios son más que interesantes para la generación de conocimientos dentro de las ciencias políticas. En este sentido, se entiende por ‘caso’ un evento elegido, conceptualizado y analizado empíricamente como una manifestación de una amplia clase de fenómenos (Venesson, 2008). No obstante, se pueden identificar cinco malentendidos o implicaciones relacionadas con el aporte de los estudios de caso: 1) que el conocimiento general es más valioso que el conocimiento concreto y práctico, ya que este último depende del contexto; 2) que no se pueden realizar ningún tipo de generalizaciones a partir de un caso; 3) que si bien el estudio de caso es útil para generar hipótesis, otros métodos son mejores para testear y construir teorías; 4) que son simplemente un medio de comprobación o verificación; 5) que es difícil sacar proposiciones generales y teóricas a partir de estudios de caso específicos (Flyvbjerg, 2006).

Estas cuestiones aparecen íntimamente relacionadas con una forma específica de entender y desarrollar la ciencia política, que parte entre otros supuestos de que la ‘cientificidad’ de la disciplina proviene de la adopción de un paradigma que asocia a ‘lo científico’ el seguimiento de determinadas condiciones de sofisticación metodológica dentro de las que se encuentran cuantificar unidades de análisis, aislar las mismas y mantenerlas constantes como forma de medir sus efectos independientes. El problema con la interpretación de la ciencia es asumir que el mundo social funciona de acuerdo con el mismo tipo de leyes y principios que el mundo físico (Steinmo, 2010). Por el contrario, este estudio parte del supuesto de que el mundo es complejo y las interacciones sociales que en él se desarrollan no deberían ser reducidas a relaciones lineales entre variables. Es desde esta perspectiva que cobra especial relevancia la realización de un estudio de caso, con la intención de dar mejor cuenta de dicha complejidad.

En definitiva, el caso de análisis u objeto de estudio es el sector salud en el Ecuador en el período 2008-2014.

Dentro de los estudios de caso pueden distinguirse cuatro tipos, que se diferencian entre sí a partir de los objetivos que se persiguen con la realización de los mismos. En primer lugar, se encuentran los estudios de caso ‘descriptivos’, que consisten en una descripción sistemática de un fenómeno determinado, pero que no presentan ninguna pretensión teórica explícita. En segundo lugar, estarían los estudios de caso ‘interpretativos’, que pretenden generar cierto tipo de explicaciones a casos particulares, a partir de la utilización de marcos teóricos ya existentes. En este caso las consideraciones a las que se arriben pueden terminar en refinamientos o evaluaciones de dichas teorías. En tercer lugar, se encuentran los estudios de caso ‘generadores de hipótesis’, que producen hipótesis de forma inductiva o, por el contrario, redefinen hipótesis ya existentes. Generalmente este tipo de estudios es particularmente útil si se trabaja sobre casos desviados de una teoría determinada. Finalmente, un cuarto tipo de estudios de caso son los ‘evaluadores de teoría’, utilizados para chequear si los casos seleccionados son efectivamente explicados por las teorías existentes (Farazmand, 2010).

Dentro de ese espectro, el caso ecuatoriano en este estudio, se abordará desde un enfoque interpretativo, ya que la mayor parte de sus motivaciones están relacionadas con la constatación de teorías de cambio institucional existentes o, en su defecto, con el aporte de refinamientos a las mismas a partir, por ejemplo, de la contextualización latinoamericana.

El abordaje a este estudio de caso tendrá la pretensión de desarrollar su análisis a partir una narración estructurada de la política (Steinmo, 2010; Kay, 2006) que esencialmente comparte una buena serie de características con el método denominado seguimiento de procesos (Falleti, 2006; Bennett & George, 1997). Este tipo de análisis, a partir del instrumental aportado por el neoinstitucionalismo histórico, tiene como objetivo descubrir relaciones entre los resultados observados y las posibles causas que determinaron los mismos. De esta manera, el foco no se encuentra sólo en el ¿Qué pasó?, sino también en el ¿cómo ocurrió? (Ballart, 2008; Vennesson, 2008). Los casos estudiados desde este enfoque son considerados como un sistema en evolución, y los resultados pocas veces están asociados a variables que operan de forma independiente y predecible. Estos estudios asumen la existencia de causalidades complejas. Por otra parte, según Steinmo (2010), “En lugar de predecir el futuro, el objetivo de las ciencias

evolucionistas es entender las fuerzas y dinámicas que han dado forma al mundo tal como lo conocemos”.

Es pertinente aclarar, en qué medida este rastreo de procesos o narrativa analítica debería diferenciarse de la pura narrativa. De acuerdo con Vennesson (2008) estas diferencias son tres: el rastreo de procesos está focalizado, ya que se relaciona selectivamente con algunos aspectos o características del evento analizado; dicho proceso se estructurará sobre la construcción de una explicación analítica basada en las dimensiones aportadas por el marco teórico utilizado; y su objetivo en última instancia es el de explicar cómo se construyó un camino causal que terminó condicionando un resultado de política específico. “Una narrativa estructural contiene la ambición de dar sentido a la secuencia en términos de algún gran esquema interpretativo; por ejemplo, un marco normativo de éxito o fracaso; o en términos de la dirección y la trayectoria de la política; o de tipo o valor de cambio de la política...” (Kay, 2006).

Una narración de este estilo debería incorporar, por lo tanto, la presentación y caracterización de las diferentes instituciones, estructuras y procesos que ocurren y se relacionan en un contexto histórico determinado, con el objetivo de identificar cuáles son los incentivos y estrategias que dichas instituciones desarrollan para los distintos actores involucrados; para que a partir de dicho reconocimiento se puedan ensayar algunas explicaciones de los diferentes resultados de política definidos en estos escenarios.

Dada la complejidad intrínseca de los componentes de esta investigación, la realización de un estudio de carácter cualitativo aparece como la mejor opción para lograr afrontar las preguntas de investigación anteriormente presentadas. En este sentido, se está siguiendo la metodología utilizada por gran parte de los estudios tomados como referencia y antecedentes para este trabajo. La intención del estudio, además, es generar algún tipo de explicación de los procesos analizados, a partir de la interpretación analítica de la información recabada a lo largo del proceso de investigación.

Acerca de la información utilizada para el análisis, esta provendrá de fuentes de información secundaria —investigaciones previas, legislación referida a las reformas en el sector salud, datos estadísticos de diversas fuentes, revisión de la prensa del período

analizado—; también el estudio se verá reforzado por la realización de entrevistas a diversos actores políticos relacionados con la gestión de las instituciones analizadas (Della Porta & Keating, 2008). El principal objetivo de las entrevistas, que serán de carácter semiestructurado, es el de reforzar y precisar de la mejor manera posible los diferentes procesos posteriormente analizados. La intención de las entrevistas es aportar algunas visiones o posicionamientos específicos en relación con las reformas, así como la visión sobre la historia del sistema y su crisis dentro del proceso político de la Revolución Ciudadana relacionado con las reformas en el sector salud.

### *1.5. Estructura de la tesis*

Para cumplir con lo planteado hasta aquí, la investigación estará estructurada de la siguiente manera: en el capítulo II se desarrolla el Marco Teórico que orientará el trabajo. Como se verá posteriormente, la aproximación teórica elegida es la del nuevo institucionalismo, sobre todo una vertiente de dicha corriente: el Nuevo Institucionalismo Histórico. El cometido esencial de este capítulo, por un lado, estará en presentar de manera descriptiva el conjunto de conceptos que aporta este enfoque de análisis; y por el otro, desarrollar diferentes cuestiones asociadas a uno de los puntos débiles de este enfoque, como es el cambio institucional. De esta manera, luego de revisar las principales características, alcances y limitaciones de este enfoque, se repasarán algunas investigaciones que se utilizaron en el mismo y se justificará el porqué de analizar las reformas en la política sanitaria desde esta perspectiva e indagar acerca de la existencia de trabajos sobre salud que hayan adoptado la misma perspectiva.

En el capítulo III se trabajará en torno a uno de los pilares que dan sustento al trabajo: los Regímenes de Bienestar. De esta forma, se prestará especial énfasis en las condiciones que promovieron el surgimiento de estos esquemas de protección social, los diferentes tipos de configuración identificados por la literatura, la crisis de la alianza entre políticas de bienestar, y la etapa actual de reestructura, ajuste y transformación de los mismos en los diferentes contextos. Además tiene la intención de ofrecer una breve discusión alrededor de la pertinencia del concepto de régimen de bienestar para América Latina, revisando sus principales características y diferencias entre los sistemas



desplegados en las regiones más desarrolladas. Estos procesos históricos serán observados especialmente en la construcción del Estado ecuatoriano, concentrando el relato en la conformación de su estructura de protección social. La intención de esta sección es aportar ciertos principios generales que colaboren en la posterior comprensión de la evolución del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.

El capítulo IV presenta los diferentes modelos de gestión pública predominantes en los debates contemporáneos sobre Administración Pública, prestando especial atención a las corrientes denominadas ‘posburocráticas’: la Nueva Gestión Pública y la Nueva Gobernanza Pública. Por otra parte, también se presentarán los diferentes instrumentos de gestión implementados por el Gobierno de la Revolución Ciudadana vinculados con la provisión, gestión y financiamiento de bienes y servicios sociales, particularmente aquellos instrumentos que son utilizados globalmente en materia de asistencia sanitaria, en la medida en que la atención integral de la salud es considerada un bien público, por lo que este factor implicará necesariamente ciertos niveles de involucramiento de las instituciones estatales sobre la organización y gestión de la provisión de los servicios de salud.

Por otra parte, en el capítulo V se realiza un repaso de los diferentes modelos de atención integral de la salud y de las dimensiones que se encuentran detrás de las distintas configuraciones de estos servicios, tanto en países de alto desarrollo humano como en América Latina. De especial relevancia para este trabajo es poder determinar el rol que cumple el Estado en los diferentes casos analizados, así como también los desafíos enfrentados por cada sistema, y las respuestas ensayadas para resolver los mismos. La construcción y evolución histórica de la política sanitaria en Ecuador será presentada en el capítulo VI, que se ocupará exclusivamente de las Reformas de la Salud implementadas en Ecuador: sus objetivos, sus propuestas, el vínculo con los diagnósticos y propuestas de los distintos colectivos involucrados en el sector salud sobre el nuevo Sistema Nacional de Salud (cambios organizacionales en el Ministerio de Salud Pública, regulación del sistema, red pública integral de salud, articulación de la red en el territorio y la participación social, etc.). Posteriormente, se presentarán algunos de los resultados de dicha implementación, buscando poner énfasis en el impacto en la universalidad, calidad y equidad de acceso, el aumento en la cobertura de atención y en la situación financiera y de gestión de los distintos prestadores, tanto públicos como

privados, para evaluar si efectivamente se produjo un cambio en el equilibrio previo entre los subsectores público y privado.

Para finalizar, en el capítulo VII se analizan los aspectos desarrollados en los apartados anteriores, intentando determinar si efectivamente el Nuevo Sistema Nacional de Salud ha logrado consolidar ciertos elementos sustantivos que permitan hablar de un cambio en el modelo de bienestar del Ecuador, y si los cambios a nivel del modelo de gestión y provisión del servicio de salud están en concordancia con estas aspiraciones.

Además de plasmar los resultados de las entrevistas a actores claves del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador, así como actores externos del mismo donde los académicos cumplen un papel fundamental para contrastar la teoría con la práctica, las inquietudes que surjan y no sean contrastadas en las entrevistas, se recurre a las fuentes institucionales como el MSP, MCDS, CONASA entre otros.

En definitiva, se analizará qué tipo de cambio institucional ha implicado la transformación del SNS, y cuáles han sido algunos de los factores que explican este resultado. También en las consideraciones finales, se intentará evaluar las posibilidades futuras de consolidación y ampliación de las reformas.



## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO: EL NEOINSTITUCIONALISMO HISTÓRICO COMO ENFOQUE DE ANÁLISIS

### *2.1. Introducción*

La elección del método de análisis de cualquier investigación debe ser determinada por el propio problema que busca comprender o explicar. En este caso particular, la aplicación de una reforma estructural en el ámbito de la política sanitaria en el Ecuador, la elección del neoinstitucionalismo histórico (NIH) como enfoque teórico permitirá interpretar el proceso de cambio que han vivido los ecuatorianos, por varias razones. Una de ellas, la creencia de que los diversos procesos políticos deben analizarse teniendo en cuenta especialmente, la historia de la misma, el marco institucional dentro del cual los interesados resuelven sus luchas de poder, y los hechos, factores o condiciones (por ejemplo, la necesidad de emprender cualquier reforma en particular). En este caso particular, parece difícil entender con precisión los cambios propuestos y algunos rechazos y cerraduras para este tipo de iniciativas, sin saber cómo evolucionó la configuración y la relación entre los diferentes actores del sistema. Como se verá a lo largo de este trabajo, es pertinente hacer referencia a la formación del sistema híbrido actual de la atención integral de salud en Ecuador a principios del siglo XX para entender por qué, en un sistema relativamente fuerte de protección social e institucionalismo dentro del contexto regional, se presenta como una necesidad prioritaria para reactivar y fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Respecto del concepto institucionalista del enfoque, siguiendo a Steinmo y Watts, en su análisis del porqué los intentos de reforma de la salud fracasaron en los Estados Unidos, el tratamiento contextual de los problemas estructurales tiene prioridad en los procesos políticos analizados. Estos autores descartan concentrar el enfoque en la influencia de los grupos de interés, debido a que son muy eficaces para suministrar evidencia de un proceso puntual, uno de los ejemplos es el caso de los Estados Unidos donde se rechazó

la reforma presentada por el presidente Clinton en la década de los 90. Sin embargo, los autores mencionan, que está corriente carece de herramientas necesarias para entender este fenómeno dentro de una línea histórica: en general, este enfoque supone que las capacidades de veto de algunos actores, de forma constante en el tiempo son generalizables en todo el contexto político-institucional (Steinmo & Watts, 1995).

Al contrario de ese punto de vista, la neoinstitucionalista histórica Ellen Immergut argumenta que, aunque los actores —por ejemplo asociaciones médicas— puedan tener los mismos intereses y las mismas capacidades de fuerza y presión en el tiempo, sus posibilidades de éxito en el ejercicio del derecho al veto depende principalmente de si los acuerdos institucionales existentes permiten o no dicha acción (Immergut, 1992a). En resumen, los incentivos y la capacidad de veto propuesto, para promover ciertos cambios pueden avanzar de acuerdo con este enfoque y el marco institucional existente. Por lo tanto, Immergut tiene la intención de centrarse en los ‘puntos de veto’ y no en los ‘involucrados en el veto’, entendiendo estos primeros como espacios dentro de las instituciones que permiten o no algunas actividades de promoción o cambio.

En el caso de la política sanitaria en Ecuador, este enfoque sobre los intereses no sería demasiado útil para entender por qué el Consejo Nacional de Salud (Conasa) se opuso y bloqueó con éxito un intento de reforma del sector salud en 1996, durante la presidencia de Abdalá Bucaram (Partido Roldosista Ecuatoriano); por el contrario el Conasa aprobó la construcción del Sistema Nacional de Salud propuesta por el gobierno de la Democracia Popular (DP) del presidente Jamil Mahuad en el período 1998-2000, cuando muchas de sus medidas tenían similitudes con la propuesta anterior. La idea entonces es que hay condiciones externas a los diferentes actores que determinan significativamente la posibilidad de que un sujeto entre o no en el orden del día (Ballart, 2008); afecta a las posiciones que estos actores se enfrentan y crean incentivos o desincentivos a la ayuda o no las propuestas de reforma a medida que surgen, entre otras cosas. Estas condiciones externas no serían distintas de las instituciones formales e informales de un sistema político determinado.

Por último, otra de las razones para tomar el NIH como método de análisis político está en su eclecticismo (Hall & Taylor, 1996). Entre los diferentes aspectos institucionalistas (racional, sociológico e histórico) que se presentarán a continuación, el

neoinstitucionalismo histórico está abierto a más enfoques o líneas desde las cuales abordar los diferentes temas, y de manera tal vez menos dogmática. En este sentido, las instituciones limitan la política pero refractan, no son la única causa de los resultados; analizan, no niegan las grandes fuerzas políticas que animan diferentes teorías de la política: de clase en el marxismo, dinámicas de grupo en materia de pluralismo cambio; señalan instituciones que estructuran las formas en las batallas originales y, al hacerlo, influyen en sus resultados (Thelen & Steinmo, 1992). Por lo tanto, este enfoque tiene en cuenta tanto las acciones y motivaciones de los diversos actores individuales, y no sólo institucionales, también toma en cuenta los asuntos de cultura política que pueden ser importantes en la aprobación o rechazo de una opción política en particular. En resumen, parafraseando a Steinmo (2008), la mayor contribución en este trabajo se basa en el papel atribuido a los postulados del neoinstitucionalismo histórico como factores esenciales para entender los cambios y las reformas políticas.

A continuación, se llevará a cabo una revisión de los orígenes y la evolución del neoinstitucionalismo, con sus tres aspectos o corrientes; luego se pondrá atención en las características y herramientas conceptuales que trae en particular el neoinstitucionalismo histórico, analizando sus fortalezas y debilidades. En ese sentido, dentro de las críticas a este enfoque teórico-metodológico (NIH) se destaca la dificultad para dar cuenta de los cambios endógenos de las instituciones, que generalmente ocurren poco a poco.

## *2.2. El neoinstitucionalismo*

Mientras que algunos autores prefieren hablar de diferentes enfoques, para esta investigación se sigue, entre otros autores, la consideración de Guy Peters (2003) sobre los diferentes tipos de enfoques del nuevo institucionalismo como parte de una teoría macro. En este sentido, es de particular relevancia la clasificación proporcionada por Hall y Taylor (1996) en la que se distinguen tres tipos de neoinstitucionalismo: racional, sociológico e histórico.

Aunque los tres enfoques comparten algunas características importantes, las diferencias entre ellos son las que determinan en mayor o menor proporción un fenómeno

identificado. Por ejemplo, aunque tanto el neoinstitucionalismo racional como el histórico comparten su atención sobre la interacción entre las personas y las instituciones, el primer enfoque concede gran importancia a la libertad de acción del individuo que decide racionalmente; entre tanto el neoinstitucionalismo histórico pone su énfasis en las configuraciones que adoptan los acuerdos institucionales que restringen o guían las acciones individuales.

Por tanto, el enfoque orientado a la elección racional puede ser útil para “explicar la aparición, persistencia y funcionamiento de las instituciones donde el consenso entre los actores predomina, como en las legislaturas o los escenarios internacionales, o en áreas altamente competitivas como el mercado” (Farfán Mendoza, 2007). Pero está claro, que estos no son los procesos característicos dentro de las políticas sociales, donde el papel que muchas veces asume el Estado determina las relaciones a través del ejercicio de la autoridad en lugar del enfoque histórico del neoinstitucionalismo.

### ***2.2.1. Neoinstitucionalismo racional***

Los racionalistas han reconocido la importancia de la comprensión del cambio en las instituciones mediante la búsqueda de equilibrio. Según este enfoque, una institución promueve el autocumplimiento de las normas y espera que el comportamiento de cada actor y de los actores que intervienen, tenga una mejor respuesta respecto a las expectativas de la institución u organización. La conclusión ineludible es que los cambios deben tener un origen externo, a causa de algún ‘trauma’ ya que en tiempos de ‘bonanza’ se busca el equilibrio que genera una tendencia al statu quo por parte de los miembros de la institución para asegurar su propia posición. Es tras el ‘trauma’ externo cuando algunos de ellos se apartan de la línea oficial buscando una mejora de su posición en la arquitectura de la organización. Por lo tanto, es difícil de conceptualizar y teorizar los procesos graduales de cambio puramente interno. El análisis destaca que ofrecen efectos indirectos de retroalimentación que amplían o reducen el conjunto de situaciones en las que una entidad exige autocumplimiento de sus normas o surgimiento de ‘insurgentes’.

El neoinstitucionalismo racional se consolidó casi al mismo tiempo que el neoinstitucionalismo histórico. Este enfoque de análisis surge, a pesar de la clara base

individualista de esta corriente, del reconocimiento de que casi todas las actividades políticas se desarrollan dentro de las diferentes instituciones, de ahí la necesidad de incorporar el análisis de la conducta individual. Es por esta razón por la que gran parte del trabajo de las instituciones que pueden ser identificadas como los racionalistas, han optado por trabajar en los armarios de las instituciones, en las legislaturas o burocracias.

Es que para este enfoque de análisis, las instituciones de alguna manera vienen a resolver diferentes problemas que traen consigo la acción colectiva: un determinado diseño institucional se identifica como un intento de reducir ciertos costos de transacción, asociados a una determinada actividad. En este sentido, las instituciones son consideradas como “un conjunto de reglas e incentivos que establecen las condiciones para la racionalidad limitada y establecer un espacio político en el que pueden ejecutar muchos actores interdependientes” (Peters, 2003).

Hall y Taylor (1996) destacan cuatro características de este enfoque en el supuesto de que los actores políticos actúan de forma puramente instrumental y estratégica; ven la política como una serie de dilemas de acción colectiva; ponen gran énfasis en la importancia de esta interacción estratégica en los resultados de las políticas; y entienden la aparición de cualquier institución como un intento de mejorar y facilitar las condiciones de cooperación. En este sentido, los actores tienden a desarrollar una adaptación a los marcos establecidos por las diferentes instituciones, ya que esta será la manera más racional de lograr sus objetivos de manera más eficaz. Bajo este esquema de funcionamiento del juego político, la racionalidad colectiva puede llegar desde que se toman las racionalidades individuales, hasta vivir con las actuales normas institucionales (Peters, 2003).

A diferencia del neoinstitucionalismo histórico, para este enfoque el construir instituciones ocurre principalmente en una nueva base, en el sentido de que la historia y los procesos subyacentes tendrán gran impacto en la nueva institución. Como un problema de acción colectiva que hay que resolver; es el presente y los incentivos necesarios para que un número importante de actores sea útil al tener una nueva institución sin presentar inconvenientes. Por lo tanto, siguiendo esta línea de razonamiento, el cambio institucional desde esta perspectiva se considera como una actividad exógena, que entre otras cosas puede indicar la existencia de errores en el



diseño original de la institución. Entonces, estos tiempos de cambio se analizarán solo como procesos conscientes y específicos, no como un fenómeno frecuente, que es parte del proceso de aprendizaje y la consolidación de las instituciones, como sucede con otros tipos de institucionalidad que se presentan aquí.

### ***2.2.2. Neoinstitucionalismo sociológico***

Considera una amplia gama de instituciones, centrando la atención en los convenios colectivos y acuerdos o pautas informales que regulan la conducta humana. Los institucionalistas sociológicos sostienen que los individuos que forman parte de los partidos, organizaciones o instituciones tienden a reproducir la misma lógica interna preexistente. Cuando surgen nuevas formas de organización, estas suelen ser ‘isomórficas’ (es decir, similares o compatibles) con las organizaciones ya existentes. Este enfoque es una poderosa herramienta para explicar la continuidad, los mecanismos de perpetuación de las organizaciones e instituciones; no obstante, en el neoinstitucionalismo sociológico se ofrece pocas pistas sobre las posibles fuentes de cambio. Según este, el cambio de nuevos actores inquieta a las prácticas dominantes.

24

---

El neoinstitucionalismo sociológico surge a finales de los años setenta del siglo pasado, debido a la necesidad de romper con la dicotomía de explicar diversos fenómenos entre racionalistas y visiones culturalistas. De las obras fundacionales como por ejemplo la de Max Weber, en relación con la supremacía de las estructuras burocráticas de tipo racional-legal en el marco de las sociedades modernas, estos investigadores comenzaron a argumentar que muchos de los procedimientos y estructuras institucionales no están respondiendo con eficiencia al sinnúmero de situaciones, al contrario, responden a las prácticas culturales específicas determinadas dentro de las organizaciones. Resumiendo, se puede denotar que se parte de la convicción de que existe una relación directa entre los valores culturales de una sociedad u organización específica, y las estructuras formales se construyen en ese contexto (Peters, 2003).

Dentro de sus características constitutivas, Hall y Taylor señalan que, por un lado, este enfoque parte de una definición más amplia del neoinstitucionalismo, rompiendo así la dicotomía instituciones-cultura. Por otra parte, la relación entre las instituciones y las personas ofrece las primeras categorías y modelos cognitivos que permiten a las

personas interpretar el mundo que les rodea y actuar en consecuencia. Las nuevas instituciones no nacen con el fin de buscar la mejora continua, sino que buscan la legitimidad de su organización o de sus miembros. Estas características demuestran las diferencias entre el enfoque social y el enfoque racional presentado anteriormente.

Si se parte de la idea de que las instituciones son sistemas de significados, parece lógico que la pertenencia del individuo a una u otra institución termina influyendo directamente con el objetivo o razón social de la institución, evidenciando los diferentes fenómenos sociales, económicos y políticos que afectan a la organización. Dentro de ciertas instituciones, que son relativamente similares, aparecen en ambientes, contextos sociales y políticas que no se parecen en lo absoluto; este enfoque se denomina isomorfismo institucional, que se refiere a la tendencia de desarrollo o de las condiciones de crecimiento similares, como que, las diferentes sociedades tienden a organizarse de forma similar entre ellas.

Otro de los aspectos que difiere el neoinstitucionalismo sociológico del racional, y lo acerca al neoinstitucionalismo histórico, es que este enfoque de análisis proporciona gran cantidad de información para comprender mejor el proceso de creación y configuración de las instituciones y para analizar los resultados de la misma. En relación con el cambio institucional, es pertinente señalar que estos procesos se consideran como algo dinámico y acumulativo en el tiempo, y por lo tanto es muy útil la idea de ‘asentamiento’ (Peters, 2003). Los valores existentes después de hacer un cambio son relevantes, ya que no pueden ser eliminados fácilmente; por el contrario se consolidan como nuevos valores. Al mismo tiempo, estas situaciones limitan las opciones de cambio, ya que será muy difícil de consolidar nuevos valores que replacen los valores existentes.

### ***2.2.3. Neoinstitucionalismo histórico***

Se centra en la dependencia del camino (Path Dependence), por ejemplo, en torno a explicar la persistencia de determinados patrones institucionales o resultados a lo largo del tiempo. Este enfoque ve las instituciones y organizaciones partidistas, ante todo, como legados políticos de luchas históricas concretas y argumentan que las coyunturas críticas abren oportunidades para alterar la trayectoria del desarrollo de la institución.

El neoinstitucionalismo histórico se fundamenta analíticamente en los procesos de creación, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas en la transformación e impactos históricos (Farfán Mendoza, 2007). Este enfoque, surgido en la década de los noventa en los Estados Unidos, tiene como uno de sus objetivos principales explicar los distintos procesos políticos que analiza. Sostiene que las instituciones y los distintos conjuntos de reglas formales e informales condicionan y determinan en gran medida el comportamiento de los actores políticos, enmarcando las posibilidades de acción de los mismos y distribuyendo los recursos existentes de manera que favorece a unos y perjudica a otros. Por otro lado, el “neoinstitucionalismo histórico no es ni una teoría particular, ni un método específico. Se entiende mejor como una forma de estudiar políticas” (Steinmo, 2008).

Desde esa perspectiva, las instituciones se definen como “procedimientos formales e informales, rutinas, normas y convenciones internalizadas en la estructura organizacional de la política o la política económica” (Hall y Taylor, 1996). Estos autores presentan características únicas y diferentes de otros enfoques, una amplia conceptualización de la relación entre las instituciones y el comportamiento individual. También hace especial hincapié en las asimetrías de poder generadas por diferentes escenarios institucionales, mientras que el desarrollo de estas instituciones está fuertemente condicionado por la trayectoria del pasado, la dependencia del camino y el hecho de que su establecimiento involucra consecuencias en los objetivos a medio y largo plazo más allá de la creación. Para finalizar, estos autores enfatizan sobre todo buscando la integración del análisis institucional con la importancia de los resultados de las diferentes políticas pueden tener con otros factores, principalmente las ideas.

Otras de las definiciones del neoinstitucionalismo histórico la dan Pierson y Skocpol (2008), ellos explicitan tres rasgos que caracterizan a los estudios del neoinstitucionalismo histórico dentro de las ciencias políticas las cuales abordan cuestiones más extensas de interés diverso con una conceptualización amplia de lo que es la institución, con gran importancia en el periodo y tiempo, por lo tanto, gran parte de la originalidad que posee es el sentido de analizar las diferentes etapas de la creación y transformación de un fenómeno identificado. También analizan contextos macro en busca de efectos combinados entre las instituciones y los procesos analizados.

Ese enfoque del NIH se ha convertido en una fuerte alternativa a los enfoques estructuralistas que asumen que la mera existencia de un conjunto de condiciones socioeconómicas o políticas debe determinar resultados similares en diferentes regiones. Así, uno de los valores fundamentales de este análisis actual es de alguna manera su rango medio en teoría, ya que trata de entender los vínculos y las relaciones entre el análisis centrado en el Estado y los de corte sociocéntrico (Steinmo, 2001).

Un claro ejemplo de aquello, y en relación con esta investigación, es la aparición de estados de bienestar en el mundo occidental industrializado y las diferentes configuraciones que fueron adoptando estos países a pesar de enfrentarse a priori a los problemas sociales y las condiciones estructurales muy similares, si no idénticas. Estudios de Esping-Andersen (1990) y Pierson (2001) son claros ejemplos de la investigación que se enmarca dentro del neoinstitucionalismo histórico, y dan cuenta de algunos de los factores que explican caminos divergentes entre los países que comparten ciertos factores estructurales.

En esa línea, se puede decir que la mayor parte de las investigaciones en el neoinstitucionalismo histórico adoptan un criterio de nivel meso, centrándose, en el desarrollo de políticas en un área específica en las organizaciones (Pierson, 2006). Al partir desde la perspectiva del análisis histórico implica un cierto escepticismo sobre la noción de variable independiente; institucionalistas históricos están explícitamente interesados en los efectos interactivos en la interdependencia de múltiples variables causales (Steinmo, 2008). Los resultados políticos de este punto de vista están fuertemente influenciados por la dirección y los ajustes definidos inicialmente. De ahí la importancia de analizar los fenómenos políticos desde una perspectiva diacrónica: en general, desde esta perspectiva, este fenómeno se explica en gran parte de las diferentes opciones institucionales realizadas en el pasado. Así, las instituciones ejercen un doble efecto estructural: mientras que influyen en la distribución del poder entre los diferentes actores, también afectan a los objetivos que estos actores definirán como prioridades.

Además de estas investigaciones mencionadas sobre el NIH, acerca de la creación y reforma de los sistemas de salud, sobresalen investigaciones y artículos que abordan estas cuestiones desde un enfoque teórico, y por lo tanto, pueden considerarse documentos de referencia directa o inspiraciones para este trabajo de investigación y

estudio de caso. Dentro de la literatura en este campo se puede destacar trabajos como el de la profesora Immergut (1992b) y el de Steinmo & Watts (1995).

En su libro en 1992 “La política de salud”, Ellen Immergut se pregunta por qué algunos países desarrollan grandes sistemas de salud, mientras que otros países tienden a sistemas fragmentados y descentralizados. Para responder a ello, relaciona los intentos legislativos de Suiza, Francia y Suecia por establecer un seguro nacional de salud. La importancia de las instituciones políticas parece explicar las distintas soluciones o respuestas a las que llegaron los países mencionados, a pesar de compartir similitudes fuertes en las propuestas, la estructura de actores e intereses compartidos. Immergut destaca que las instituciones políticas nacionales son aquellas que determinan el equilibrio de poder entre las autoridades públicas, los grupos de presión, y el grado de influencia que estos últimos podrían tener o no en los representantes elegidos democráticamente. Así, cuestiones como la autonomía del Ejecutivo con los otros poderes del Estado respecto a los mecanismos de democracia directa que podrían bloquear algunas iniciativas son cruciales para entender estos diferentes caminos.

Mientras tanto Sven Steinmo, en su artículo “Son las instituciones estúpidas”, analiza las razones por las cuales el sistema político de los Estados Unidos fue incapaz de llevar a cabo una reforma del sistema de salud a lo largo de casi todo el siglo XX, con el fin de alcanzar la cobertura universal, así como mecanismos para una mayor solidaridad y justicia redistributiva. En tal sentido, se puede descartar explicaciones de corte culturalistas o presiones de los grupos de interés. Steinmo describe una interesante explicación de estos bloqueos, y a la vez que detalla el desarrollo del marco institucional en los Estados Unidos, enseña que la política es un proceso interactivo, no el fin del juego.

Antes de pasar a las concepciones teóricas que caracterizan el neoinstitucionalismo histórico, es preciso señalar y destacar los puntos fuertes y débiles que influyen dentro de este enfoque. Dentro de las ventajas teóricas de este enfoque se pueden mencionar tres: en primer lugar, tal como se presentó anteriormente, su capacidad para proporcionar respuestas detalladas a diferentes problemas políticos en contextos y estructuras similares. Esto es en parte debido a que, a diferencia de la elección racional, que por lo general trabaja con una caja de herramientas universal, el NIH desarrolla su

análisis mediante la interpretación de los hechos observados (Thelen & Steinmo, 1992). Si bien el racionalismo se centra en el análisis deductivo, a partir de un número limitado de supuestos que dicen ser de aplicación universal, en cambio el neoinstitucionalismo histórico parte de la generación de hipótesis explicativas partiendo de un análisis inductivo.

En segundo lugar, estos estudios dan una gran importancia a la formación de coaliciones políticas, los ajustes y las ideas que influyeron en la toma de decisiones institucionales previas; y, sobre todo, la interacción de estos factores dentro de una organización. Esto determina que se puede lograr un análisis micro, que es lo que a menudo lleva a los matices o diferencias entre los casos de análisis. Por último, este enfoque de fundamentos metodológicos son más interpretativos y de largo plazo, y menos cuantitativos (Farfán Mendoza, 2007).

En tercer lugar, se destaca la aplicación de la causalidad de los fenómenos estudiados. En este sentido, en los estudios generales identificados dentro del neoinstitucionalismo histórico no se centra su explicación de una sola variable, sino por el contrario, tienden a explicar las complejidades de cualquier relación política basada en el reconocimiento de todas las variables que intervienen y que intentan dar cuenta de cómo se producen las relaciones entre ellos, lo que en última instancia determinan los resultados políticos (Thelen & Steinmo, 1992).

Dentro de las debilidades asociadas con este enfoque, principalmente se acredita la facilidad para explicar la estabilidad y persistencia de las instituciones, por un lado, pero una baja capacidad de explicar claramente los procesos de cambio institucional, por lo que sería una especie de análisis ex post lo que podría realizarse, de alguna manera relacionada con este punto, la idea de que este enfoque da muy poco peso al individuo como actor central, y presupone demasiado las restricciones que afectan a las instituciones. Esto determina que el individuo tenga poco tiempo y espacio para rediseñar las instituciones; lo normal es que las instituciones tiendan a perpetuarse de forma casi invariable en el tiempo.

Por último, existen algunas interrogantes sobre la regularidad académica de este enfoque, lo que lleva a proporcionar generalizaciones y regularidades empíricas, entre

otras cosas (Farfán Mendoza, 2007). Dentro de los investigadores asociados a este enfoque de análisis, sus líneas de investigación son muy similares, pero en este caso, estas críticas se toman como punto de partida para seguir profundizando y mejorando la teoría. En este sentido, la gran mayoría de estudios que han tomado este marco conceptual han sido útiles para explicar la continuidad y desarrollo de ciertas instituciones de un mismo país a través del tiempo; o para tener en cuenta los distintos cambios entre los diferentes casos en un tiempo dado. Lo que no se está considerando dentro de estos estudios es la posibilidad de que se produzcan cambios institucionales en el tiempo dentro de un país, y que no respondan ni a grandes crisis o cambios estructurales importantes. Así, un cambio dentro de ciertas instituciones relacionadas con el comercio puede estar condicionado a una transformación en el plano internacional, es decir, de forma exógena al sistema que pertenece la institución.

El equilibrio puntuado de Stephen Krasner (1984), es uno de los principales modelos del cambio institucional utilizado por este enfoque, que esencialmente dice que las instituciones a menudo pasan por períodos de gran estabilidad en la misma condición y estructura de las relaciones políticas y sociales, hasta que se evidencian períodos de crisis determinadas por cambios exógenos al ambiente, permitiendo cambios en las instituciones existentes por la lucha y conflictos que se derivan de la nueva temporalidad política. El problema que presenta este modelo es que mientras unas instituciones explican todo a otras, otras no explican nada. Las instituciones son una variable independiente y demuestra los resultados de la política en períodos de estabilidad, pero cuando cambian estas condiciones, se convierten en la variable dependiente (Thelen & Steinmo, 1992).

Al tener en cuenta las observaciones acotadas, es preciso señalar que para efectos de esta investigación, los beneficios que brinda este enfoque de análisis es preciso para alcanzar el objetivo planteado. Mientras muchas de las críticas mencionadas se las puede sobrellevar sin inconvenientes como lo menciona Steinmo, en estos últimos años. Muchos investigadores que utilizan este enfoque, han desarrollado dos grandes aportes académicos: una mejor comprensión de los procesos de cambio institucional, y asociado a este, un mayor esfuerzo para entender y evaluar el papel de las ideas en la política y la historia. Para superar el problema de la visión estática de los procesos, por lo que se hace absolutamente necesario adoptar una perspectiva de cambio dinámico.

Gran parte de los institucionalistas (Pierson; Thelen & Steinmo; Farfán Mendoza) mencionan que la transformación de las instituciones es complicada y difícil, sobre todo por los resultados empíricos materializados en los estudios de este enfoque, donde se puede concluir que toda institución es parte de un complejo entramado con otras instituciones, por lo que el cambio puede significar una variación en el resto. Resultando una resistencia. Además, el talento humano invierte tiempo y recursos en procesos de adaptación de las instituciones, y cada cambio implica mayores costos, que también generará resistencias. Si esta situación se considera válida, entonces el verdadero cambio organizacional depende de un shock externo, donde el talento humano no tendrá la capacidad de respuesta. Esta es la posición que muchos investigadores han comenzado a debatir, lo que entre otras cosas llevó a una reevaluación del papel de las ideas en el análisis institucional.

Un trabajo pionero en esa dirección es el titulado “Gobernando la Economía: La Política del Estado de Intervención en Gran Bretaña y Francia” de Peter Hall en 1986, donde estudia sobre el poder o la influencia de las ideas económicas para analizar el desarrollo del pensamiento keynesiano. En la actualidad, muchas obras de los nuevos institucionalistas históricos han tratado de entender la influencia de las ideas, valores y creencias acerca de la política y, sobre todo, el cambio institucional. Para estos investigadores, el cambio institucional es el resultado, entre otras cosas, de los cambios en las ideas de los actores. El cambio institucional se da por cuanto los tomadores de decisión tienen la voluntad y la capacidad de cambiar las instituciones en favor de las nuevas ideas. Un grupo o colectivo podrá acordar que una idea en particular es una buena idea, si se acepta que hay un problema que debe ser resuelto, y aceptan que esta solución puede en la actualidad resolver el problema (Steinmo, 2008).

Además del papel de las ideas para explicar estas transformaciones y contribuir a una perspectiva dinámica del proceso, es necesario también, tener en cuenta que muchos cambios pueden ser a menudo en respuesta a los ajustes y reformas en un contexto socioeconómico y político, lo que puede provocar que una institución pase a tener un papel protagonista en este nuevo escenario político, o que la misma institución adopte nuevos objetivos o metas debido a ciertos cambios en los intereses de los involucrados, o la entrada de nuevos individuos.



Trampusch (2010) tiene un enfoque similar al presentado en este trabajo. Él lanza una estrategia de seguimiento de procesos e instrumentos del neoinstitucionalismo histórico para explicar cómo las diferentes maneras de integración política y sectorial de los sindicalistas en Suiza han influido fuertemente en el pasado, reorientando las estructuras tradicionales de bienestar, de modelo liberal, hacia la orientación política de la empresa. Esto vino de una crisis que llevó a un papel cada vez más importante de los sindicatos en la formulación de propuestas para la reforma.

Este tipo de enfoque del cambio institucional dinámico y gradual tratará de ser desarrollado y ampliado en este trabajo, ya que el cambio en las ideas predominantes o hegemónicas relacionadas no solo con el sistema de salud, sino en general al papel que tiene el Estado en el desarrollo económico y social del país son variables relevantes dentro del análisis. Estos cambios habían alcanzado no solo al sistema político, sino también a los grupos de presión del sector de la salud, adicional a la crisis del sector y el consenso sobre la necesidad de una reforma en la salud.

En la siguiente sección se presentan algunos conceptos clásicos proporcionados por el neoinstitucionalismo histórico para el análisis de estos procesos. Como se verá más adelante, estos conceptos se corresponden en gran medida a la versión clásica de la aproximación, que se los utilizará posteriormente en el análisis y la comprensión de algunos de los eventos o momentos en la evolución del sector de la salud y la matriz de protección social en Ecuador. Pero entonces, también es necesario desarrollar algunos de los modelos y categorías de análisis presentados recientemente para analizar los procesos de cambio institucional gradual. Estos se describen en la sección 2.3.

#### ***2.2.3.a. Elementos centrales del Neoinstitucionalismo Histórico***

Suponiendo que el neoinstitucionalismo histórico no es una teoría completa, es un enfoque analítico; tiene un marco teórico muy definido. Por el contrario, este enfoque tiene una serie de conceptos que sostienen, la luz de las necesidades y objetivos de la obra en cuestión. Estos conceptos, que se desarrollarán más adelante, son: dependencia del camino, coyunturas críticas, los rendimientos crecientes y su efecto cerrojo (Fernández, 2006; Pierson, 2000; Steinmon, 2008).

De cualquier manera, es necesario aclarar que no todos estos conceptos tienen el mismo estatus en el tratamiento que se les da. Varios investigadores consideran que la dependencia del camino es un modelo de cambio institucional, pero a pesar de este hecho, sin duda, es el concepto central en este tipo de estudios. Por lo tanto, si suponemos que la dependencia del camino es la centralidad, se puede considerar los otros elementos como accesorios o refuerzos del concepto de dependencia del camino o *path dependence* (Feder-Bubis & Chinitz, 2010).

#### *Dependencia del camino o path dependence.*

Este concepto nació con la intención de explicar, en un primer momento, la permanencia de ciertos productos tecnológicos en el mercado, a pesar de estar fuera de sintonía con las innovaciones que se estaban produciendo (Fernández, 2006). En general, la noción de dependencia del camino se refería a la existencia de la oposición al cambio por parte de ciertas instituciones. Así considerado, este concepto puede ser perfectamente asimilado en el análisis de las ciencias políticas, en el entendido de que cualquier cambio o reforma a la institución serán determinados por los diseños y opciones institucionales que fueron tomadas en primera instancia, no es entonces la dependencia del camino originalmente tomado. No se puede entender el significado de una determinada variable social, sin entender cómo llegó ahí y el camino que tomó (Pierson, 2000).

Desde esa perspectiva es esencial reconocer la secuencia en la que se tomaron las decisiones o configuraciones institucionales: el orden en que los eventos se van provocando es la clave para entender los resultados de cualquier proceso político. Esto se debe, entre otras cosas, a que las opciones eran, en cada caso, la restricción de las alternativas para la etapa posterior. Es evidente que esta noción aparece estrechamente ligada con el concepto que se revisará a continuación: incremento del efecto retorno o retroalimentación positiva. Según Pierson (2000) esta persistencia institucional es el producto de dos factores: la generación de un desenvolvimiento normalizado que existe en cualquier proceso de desarrollo institucional y la retroalimentación de la política.

Partamos de la investigación basado en el uso de la dependencia del camino, es el desarrollado por Häkkinen y Lehto (2005), que revisó varios cambios en el sistema de

salud de Finlandia en áreas como las finanzas y la calidad del servicio en las últimas décadas. Concluyen que en ambos contextos de expansión, crisis económica y crecimiento, ninguna transformación logró cambiar y romper la configuración característica del sistema, convirtiéndose así en ajustes marginales únicamente.

*Incremento del efecto retorno o increasing return effect*

Este concepto se refiere a las causas de la reproducción institucional; es decir con una serie de mecanismos para fortalecer las instituciones con el fin de continuar cumpliendo con sus objetivos. Puede identificarse al menos cuatro procesos que contribuyen al incremento del retorno, según Fernández (2006): primero aparece la idea de que los costos fijos asociados a la creación y consolidación de una institución son de gran importancia y es complicado reemplazarla por otro.

Segundo, aparecen los efectos de aprendizaje que plantea Pierson; hacen hincapié en el hecho de que un rendimiento estable en una institución determinada, genera en los involucrados una serie de aprendizajes, procedimientos y relaciones fuertes con otros miembros volviendo complejo las propuestas de cambio radical de esta lógica institucional. Es decir, ponen énfasis en los costes cada vez mayores que existen para pasar de una opción a otra mayor en el tiempo desde la decisión inicial.

En tercer lugar, aparecen consignados los problemas de coordinación. Cualquier institución o involucrado no realiza sus tareas de forma aislada; está estrechamente relacionado con otros actores. Esto determina que cualquier cambio que se produce dentro de una institución del sistema, influirá y alterará las relaciones con otros actores e instituciones. Por lo tanto cuanto mayor es la dificultad para el entorno de adaptarse a los cambios de la institución que busca reformar, mayores serán los costos y las presiones que se enfrentará.

Por último, el concepto de rendimiento creciente se explica en parte por las expectativas acerca de la reacción de otras instituciones a los cambios que la institución llevará a adelante. Acerca de las características de los procesos de rendimientos crecientes, se puede resumir de la siguiente manera:

- a) Su imprevisibilidad, porque los resultados son muy variados por influencia del azar y que los acontecimientos tienen efectos a largo plazo;
- b) Su inflexibilidad, por cuanto más avanzado el proceso, más difícil es pasar a otro camino;
- c) Todo es importante, ya que todos los acontecimientos o acciones buenas o malas servirán para futuras decisiones; y
- d) Ineficiencia del camino en el largo plazo; los resultados de los bloqueos, terminan generando un rendimiento más bajo que las alternativas que pueden aparecer.

#### *Efecto de bloqueo o lock-in effect*

Esta noción sería de alguna manera el efecto de la dependencia del camino: se refiere a la propia inercia de un camino ya iniciado, y por lo tanto la dificultad para los jugadores de salir de alguna manera. Si este enfoque del neoinstitucionalismo histórico se quedara solo en estos conceptos, se vería debilitado significativamente en el análisis del cambio institucional. Todas las secuencias de pruebas y razonamientos parecen dirigirse a la misma conclusión: las instituciones son estables y tienden a perpetuarse de manera invariable en el tiempo. Mientras que el neoinstitucionalismo histórico considera este caso en general, se reconoce también que las instituciones cambian, se reforman y hasta en ocasiones son reemplazadas por otras. Para explicar estos momentos se recurre a la noción de coyuntura crítica.

#### *Coyuntura crítica o critical juncture*

Durante la historia de las instituciones se evidencia situaciones de estabilidad, a su vez se puede identificar momentos en los cuales la estabilidad se ve desafiada por conflictos o situaciones especiales provocando el cambio institucional. Para Collier (1991) una coyuntura crítica es un período de cambio significativo, que generalmente se presenta en diferentes formas en diferentes países (u otras unidades de análisis) y con esta hipótesis produce diferentes legados. Este proceso se desencadena por procesos políticos, sociales y económicos, en casos excepcionales, provocando una verdadera revolución o golpe de Estado. Es en estos momentos que las diferentes decisiones que se tomen afectan de manera determinante el desarrollo posterior.

Para los propósitos de esta investigación la conceptualización de Collier es todavía limitada para determinar qué acciones o momentos son considerados válidos, o lo suficientemente importantes como para producir cambios significativos en el sistema institucional. Por lo tanto, para esta investigación se ampliará el enfoque con el postulado de Kingdon (1995) sobre la noción de las ventanas de oportunidades, generando espacios para la innovación institucional. Este postulado integra momentos políticos que afectan la estabilidad institucional; no obstante, no alcanza a convertirse en grandes progresos como las coyunturas críticas. Por lo tanto, las reformas constitucionales, cambio de línea política después de años de una tendencia política, la generación de grandes pactos sociales, y mayorías legislativas, también pueden dar lugar a importantes innovaciones e incluso afectar en temas institucionales y en el ciclo de las políticas públicas.

En el caso de la presente investigación, el acceso al poder por parte del gobierno de la Revolución Ciudadana es considerado como una ventana de oportunidad para un cambio estructural significativo del Ecuador, por varias razones: nace de los movimientos sociales como un movimiento que acabaría con el neoliberalismo desatado en los años donde existía una inestabilidad política crítica en el país, cuando el porcentaje de credibilidad de las autoridades ocupaba los porcentajes más bajos de la historia del Ecuador; fue el primer gobierno del socialismo del siglo XXI en el país; quien se sumó a las corrientes revolucionarias e históricas que iniciaba Latinoamérica (ALBA, UNASUR, CELAC); gozando de la mayoría absoluta en todos los poderes democráticos del Estado; nace de la generación de grandes pactos sociales, mostrando una afinidad significativa sobre la necesidad de introducir una serie de reformas en la Constitución de la República del 2008, que afecten al bienestar social del país y lleven al Ecuador a un Buen Vivir o Sumak Kawsay anhelado.

#### ***2.2.3.b. Problemas del modelo de la dependencia del camino o path dependence***

Hay ciertos problemas asociados a este modelo de análisis que refuerzan las críticas al neoinstitucionalismo histórico. Estas dificultades, de algún modo, comprometen la capacidad del enfoque para convertirse en un modelo explicativo general, dejando como una alternativa que puede ser muy buena para ser aplicado en un número limitado y específico de casos. En primer lugar, el enfoque de la dependencia del camino está ligado generalmente a grupos de mayor escala en términos de recursos de poder, sea

político o económico, los cuales son los triunfadores de las luchas de poder, ya que tienen más recursos que los grupos más pequeños. El problema es que este argumento estaría ignorando la relevancia que tienen a veces las estrategias discursivas y la capacidad de influir en la toma de decisiones, que es ajeno al tamaño del grupo.

En esa línea de pensamiento la importancia que presentan las ideas de este tipo de proceso hace que los supuestos de este enfoque sean cuestionados, porque aunque los actores que se benefician de las instituciones tienden a utilizar sus recursos de poder para fortalecer esta situación, nada impide que otros grupos capaces de movilizar recursos no quieran promover cambios. Esto debilita en parte la noción de bloqueo. Por otra parte, mientras que el aprendizaje de los diferentes actores puede reforzar el enraizamiento de las instituciones, el mismo aprendizaje puede implicar la importación de estrategias o reformas que ocasionan cambios sustanciales en el escenario existente (Howlett, 2009).

Por último, este enfoque en la mayoría de los casos toma un excesivo énfasis en las contingencias para explicar la aparición de un nuevo camino, cuando por el contrario muchos estudios se centran desde las ventanas de oportunidad encontrado que no solo en raras ocasiones se abren y cierran al azar, sino que están vinculados típicamente a eventos institucionalizados como en periodos de elecciones (Howlett, 2009).

Sin embargo, este enfoque ha sido muy útil, por ejemplo, para entender las razones del fracaso de las iniciativas reduccionistas de la mayoría de los estados de bienestar en los años ochenta y noventa del siglo pasado. Debido a que se centraba esencialmente en la estabilidad y la resistencia institucional, en caso de reacción y estancamiento institucional parecería ser más lógico, pero los resultados no son iguales cuando aplicamos el modelo para tratar de explicar o entender cambios institucionales. En el modelo de equilibrio puntuado se incorpora la noción de la dependencia del camino, distinguiendo claramente entre los momentos de innovación institucional, determinada por la presencia de coyunturas críticas y las de reproducción institucional, donde los cambios que se producen son con el objetivo de la supervivencia institucional.

Dentro del libro “Cambios institucionales en las políticas económicas avanzadas” de Streeck y Thelen, se plantean los límites y los problemas relacionados con la estabilidad

y el cambio institucional. Para ilustrar los diferentes tipos de cambio institucional, se parte del análisis y relación entre los procesos con el resultado. Esta distinción se ve claramente en la tabla 1.

**Tabla 1.- Tipos de cambio institucional**

		Resultado del cambio	
		Continuidad	Discontinuidad
Proceso de cambio	Incremental	Reproducción por adaptación	Transformación gradual
	Abrupto	Supervivencia y retorno	Quiebre y reemplazo

Fuente: Streeck & Thelen, 2005.

Desde los modelos analizados, la dependencia del camino y el equilibrio puntuado, el único cambio institucional es aquel que implica una separación y sustitución, mientras que los movimientos incrementales que pueden ocurrir corresponden a la reproducción por adaptación que se visualiza en la tabla 1 y muestra claramente un tipo de cambio institucional que hemos visto para este modelo, el cual se basa en los procesos de cambio que se originan gradualmente en el tiempo y producen un corte o quebrantamiento de la continuidad institucional. Streeck y Thelen mencionan que en lugar de buscar grandes cambios como respuesta a grandes crisis o problemas, se debe buscar un cambio gradual con resultados de transformación.

En el desarrollo de ese nuevo enfoque, los autores relacionan a las instituciones como regímenes, ya que permite una serie de interpretaciones dentro de las cuales se pone como elemento central a las instituciones que operan como reglas formales que pueden ser aplicadas mediante la intervención de terceros actores. Una distinción importante se produce en relación con las nociones más incautas del neoinstitucionalismo racional que considera solo como facilitadores de la coordinación entre los actores. En estas concepciones existe poco espacio para el conflicto y no da lugar a diferencias entre las reglas escritas y su aplicación efectiva.

A menudo no se distingue claramente entre las instituciones y políticas, por lo que surge una interrogante: ¿las políticas se consideran instituciones? Esta interrogante permite relacionar las teorías del cambio institucional con las teorías del cambio político; para el caso de la presente investigación se justifica la adopción de este enfoque, para analizar y

profundizar en las reformas del sistema de salud ecuatoriano. Se tendrá en cuenta a las políticas como instituciones cuando implican reglas de comportamiento para los actores públicos y privados que intervienen en él, como para los políticos responsables de su diseño. Este concepto se centra en las actividades y las relaciones que se producen en este régimen, involucrando a todos los actores que intervienen en un proceso de reforma. Los cambios graduales internos que se producen dentro de las instituciones son determinadas por las lagunas o inconsistencias entre el comportamiento ideal que promueve la aplicación de una norma y los patrones de comportamiento existente.

Por último, debido a las limitaciones cognitivas de los actores principales, en la aplicación de las reglas generan resultados imprevistos en el direccionamiento de las instituciones. Igualmente, los burócratas deben aplicar las normas, y el público objetivo o beneficiarios de la política pública, si no están a favor de las mismas, pueden influir en la modificación o de ser el caso ignorarlas. En resumen, los organismos encargados de velar por la correcta aplicación de las normas no siempre pueden cumplir con su tarea, evitando desvíos de los mismos comportamientos. Uno de los ejemplos clásicos es el trabajo informal, que se visibiliza en las economías más reguladas del mundo.

Esta perspectiva dinamiza las instituciones, que de alguna manera ya no se caracterizan por su rigidez y límites fuertes que determinan el comportamiento de los individuos y los grupos, pero en su lugar se crea y se recrea continuamente por diversos actores con una amplia variedad de intereses, habilidades, pero sobre todo varios recursos de poder para lograr imponer sus puntos de vista de la realidad (Streeck & Thelen, 2005).

Al analizar dichas perspectivas se llega a varias conclusiones. Las cadenas causales de cambios internos son una forma de explicar la evolución en las instituciones unido a factores y agentes de modificación (por agentes de cambio se entiende individuos que buscan la transformación en las instituciones) que participan de él. La trayectoria de las organizaciones, así como el grado de cumplimiento de sus patrones, suelen ser los aspectos que explican la estabilidad de las instituciones, siendo los cambios externos o ambientales los tradicionales para describir el cambio. No obstante, la estabilidad puede ser un factor de cambio en cuanto que dicha estabilidad se fundamenta en compromisos y pactos entre los actores y miembros de una organización que pueden modificar su geometría y con ello imprimir dinamismo a la institución. Desde dicha perspectiva,



cambio y estabilidad serían elementos que se darían a la par y que explicarían las variaciones internas paulatinas. La estabilidad institucional y, a la vez, el cambio de esta son fruto de la disputa por la distribución de recursos y el poder en las organizaciones. La aplicación y cumplimiento de las normas institucionales están entrelazadas con los intereses divergentes que disputarán sobre cuestiones de interpretación, aplicación de las normas y la ambigüedad que pueda haber en ellas y que pueden tener profundas consecuencias para la asignación de recursos y oportunidades, tanto para quienes ostentan el poder como para quienes lo pretenden.

Dicho enfoque no niega las explicaciones anteriores referentes a la fuerte resistencia al cambio institucional, pero en cualquier caso, se considerará como el único reconocimiento oculto cambios significativos en las actividades y su realidad de las estructuras institucionales. En este sentido, los verdaderos cambios en la lógica existente se producen de manera incremental e independiente de que se presenten o no cambios internos en las instituciones, siempre que ello implique efectivamente la adopción de nuevos enfoques por parte de los involucrados. Este proceso ocurre de diferentes maneras, que se visibiliza en los cuatro tipos de cambio institucional gradual (Sánchez de Dios, 2008).

### *2.3. Tipos de cambio institucional gradual*

#### *2.3.1. Reemplazo o displacement*

El Reemplazo está presente cuando las reglas existentes se sustituyen por otras totalmente nuevas. Este tipo de cambio puede ser abrupto. La descomposición rápida y repentina de los partidos políticos y su sustitución por otros nuevos suele ir acompañado de revoluciones o hechos traumáticos como crisis económicas o corrupción, entre otras. No obstante, también puede ser lento si los nuevos partidos desplazan gradualmente a los ya existentes.

Este tipo de cambio puede ocurrir al diseñar nuevos modelos de gestión e institucionalizarlos transformando las prácticas existentes o también cuando a nivel

político se cambia la balanza de poder entre los diferentes actores. En general, a pesar de un acuerdo institucional, otro puede ser impuesto políticamente; lo que no implica que se presenten otras propuestas que desafíen o contradigan el acuerdo establecido. Estas opciones se mantienen latentes y de bajo impacto, mientras los actores que conforman la institución no cambien sus lógicas de acción.

Este cambio podría venir del interior de las organizaciones por medio de este redescubrimiento de opciones; o puede ser el resultado de una invasión de ideas o prácticas importadas de instituciones extranjeras. Siguiendo esta lógica, los cambios en las políticas públicas de América Latina podrían ser influenciados directa o indirectamente por instituciones financieras internacionales u organismos internacionales, como ha ocurrido en la región durante la década de los noventa en el sector de la salud. En resumen, para que los cambios exógenos puedan implementar nuevas ideas se necesita que los actores dentro de las instituciones se beneficien de los nuevos acuerdos, y de esta forma inicien el proceso de transformación.

### ***2.3.2. Cambio por capas o layering***

41

---

Se produce cuando la nueva normativa de una institución u organización se une, solapa y sustituye a las ya existentes, cambiando así la forma, el comportamiento y las reglas originales de la estructura del partido o institución. Los procesos de cambio por capas suelen tener lugar cuando los ‘retadores’ que pretenden sustituir la dirección de las organizaciones carecen de la capacidad para cambiar realmente las reglas originales (como en el desplazamiento, en el que estos derivan a la creación de una institución o partido como alternativa explícita). En su lugar, en el cambio por capas, los insurgentes trabajan dentro del sistema existente mediante la adición de nuevas reglas y normativas. Este tipo de cambio parte de los postulados de Pierson sobre el efecto de bloqueo, por el cual existe este tipo de resistencias al cambio. Muchos teóricos (Pierson; Kay; Falleti) con la intención de reformular han aprendido a moverse en torno a estas estructuras, lo que ha generado un cambio por capas. Dentro de las investigaciones relacionadas con las políticas de bienestar social, se puede evidenciar por ejemplo el caso de la dificultad partidista de reducción del sistema público de pensiones; la solución a la problemática se desarrolló sin modificar sus características, aumentando sus cuentas personales y

privatizadas. El crecimiento sostenido de este efecto fue poco a poco influyendo en el surgimiento del respaldo público identificado con el régimen.

Muchos trabajos de investigación han utilizado este tipo de postulado para explicar los cambios en el sector de la salud. Uno de los trabajos que aborda este modelo es el artículo de Adrian Kay (2007), profesor austríaco, que se basa en este fundamento, para explicar los cambios en los diferentes apoyos e incentivos que recibe el sector privado en el Sistema de Salud de Australia; mientras tanto Falleti (2009) ofrece una alternativa en relación con la creación de un Sistema Nacional de Salud de carácter público en Brasil. Para presentar este caso, el autor utiliza no solo el cambio en capas, sino también clasifica a los principales actores que promovieron este cambio.

Por el contrario, una proposición que es importante profundizar, en el caso de la reforma sanitaria en Ecuador, es que ciertos actores del sistema notaron que el fortalecimiento de la red pública integral de salud (MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL), como principal proveedor, tuvo un tipo de cambio por capas, ya que desde la Acreditación Canadiense Internacional (ACI), por mejorar la calidad de atención en los hospitales, la ciudadanía ha optado por la red pública con relación a la red privada por ser sin fines de lucro. La fortaleza de este tipo de cambio es que no afecta directamente a los procesos existentes, por lo que estas iniciativas no tienen oposición ni resistencia.

### **2.3.3. Desvío o drift**

Se produce cuando las reglas siguen siendo formalmente las mismas, pero varía su impacto como resultado de cambios en las condiciones externas. Un ejemplo: cambios en los distritos electorales establecidos en muchas democracias pueden conducir a problemas de mala distribución; los resultados de las elecciones distorsionan así el aumento de la representación de algunos grupos sobre otros. Por lo tanto, la norma o regla es la misma, pero su aplicación y resultados han variado.

La estabilidad institucional no es un proceso fácil, pero se puede alcanzar mediante un sinnúmero de estrategias o reajustes que vayan de la mano de los diferentes cambios políticos y económicos que les asedie. Cuando no se alcanza, se producen brechas entre los objetivos institucionales y la realidad, lo que provoca un desvío de la misma. A

menudo, este tipo de cambio se produce por factores externos o que no dependen directamente de la institución.

#### ***2.3.4. Transformación o conversión***

A diferencia de los tipos de cambio analizados anteriormente, en la transformación de las instituciones nunca llegan a los mismos niveles de descomposición o deterioro de los otros tipos de cambio. Debido a que se produce una reformulación de los objetivos y estrategias con el fin de alcanzar las metas establecidas, llevando al mejor manejo de los recursos, así como de las relaciones de poder entre los actores involucrados. En cierto modo, la transformación institucional se desarrolla con una lógica inversa con relación al efecto de bloqueo, en ella los actores no adaptan sus estrategias a las instituciones existentes, sino que las instituciones se transforman para adaptarse a las nuevas metas e interés de los actores.

Se produce cuando las reglas siguen siendo formalmente las mismas, pero se interpretan y se promulgan en nuevas formas. Los actores miembros de la organización son capaces de explotar las ambigüedades normativas inherentes en formas que les permiten redirigir hacia funciones más favorables para sus objetivos: controlar los recursos y desplazar a los dirigentes para alcanzar el poder en la organización.

Estos tipos de cambio se corresponderían con la visión del neoinstitucionalismo histórico y escenifican una situación de bagaje temporal en los que una institución cambia a lo largo de períodos más o menos largos. No obstante, el enfoque de la Elección Racional está también presente, ya que se pretende explicar el cambio por medio del papel de los actores intervinientes y de los miembros de las organizaciones que buscan la sustitución o cambio de la dirección de los subsistemas.

#### ***2.4. Los actores que propician el cambio gradual de las instituciones***

Esta teoría del cambio institucional se maneja como uno de los aspectos centrales de la idea de la obediencia o el cumplimiento de las normas institucionales. La necesidad de un marco institucional para ser aceptados y respetados por los clientes potenciales para

que el cumplimiento sea considerado como una variable fundamental porque “La necesidad de hacer cumplir de las Instituciones lleva su propia dinámica de cambio potencial, no emana sólo de la naturaleza políticamente de las normas institucionales, sino también, sobre todo, a partir de un grado de apertura en la interpretación e implementación de estas normas” (Mahoney & Thelen, 2010); es decir, cuanto mayor es la capacidad de los diferentes actores políticos y sociales para responder o para interpretar libremente las normas existentes, serán más fáciles de realizar cambios en las instituciones.

El uso de estas libertades en la interpretación de las normas es muy relevante ya que tendrán un impacto directo en la distribución de los recursos de poder entre los diferentes actores, y por lo tanto sobre la viabilidad o no de ciertos cambios. Se hace necesario observar a los diferentes actores involucrados en estos procesos de una manera más compleja de lo que los separa en ganadores y perdedores de un proceso dado, ya que muchas veces cambiar iniciativas no necesariamente vienen de ganadores anteriores, pero esta separación se desvanece con el tiempo (Mahoney & Thelen, 2010).

Con la intención de crear una mejor conceptualización de los diferentes tipos de actores o agentes que pueden intervenir, e incluso facilitar los procesos de cambio, estos autores suponen que cada uno de los tipos de cambio institucional gradual teorizado por Streeck y Thelen (2005), puede ser facilitada por la aparición de estos agentes de cambio: los insurgentes, desorientados, subversivos y oportunistas.

Los insurgentes buscan deliberadamente eliminar reglas o instituciones existentes y no las siguen. Este tipo de agentes de cambio se forma cuando un grupo de personas sea excluido o desfavorecido por múltiples instituciones que se refuerzan mutuamente de manera sistemática. Un ejemplo podría ser los ciudadanos que están excluidos de los beneficios de las políticas de protección social existentes en una sociedad determinada. Cuando estos actores terminan imponiéndose en los conflictos, por lo general termina en una especie de encrucijada crítica mirando rápidamente introducir nuevas normas que favorecen a este grupo. Por lo tanto, este agente de cambio está asociado con el cambio de tipo de sustitución.

Los insurgentes buscan conscientemente eliminar las instituciones o sus reglas, y lo hacen de forma activa y visible mediante la movilización en contra de ellos.

En cuanto a los desorientados, pueden ser parásitos o mutualistas y en ambos casos se centran en prosperar en las instituciones ya existentes aprovechando su estructura. En la variedad de *parásitos*, estos individuos explotan una institución para el beneficio privado, incluso a medida que dependen de la existencia y la eficacia general del partido político o institución para lograr beneficios. Por lo tanto, se basan en la preservación de la institución o partido y sus normas. Los parásitos llevan a cabo acciones que contradicen el ‘espíritu’ o el propósito de la institución, por eso la socavan a largo plazo. Los parásitos pueden prosperar en entornos donde las expectativas de conformismo institucional son altas, pero la capacidad real para hacer cumplir esas expectativas es limitada. De hecho, los parásitos no persistirán si las instituciones en las que medran son capaces de mantener y reforzar su normativa para hacer frente a deficiencias en el cumplimiento formal de sus normas internas. Como resultado, los parásitos se asocian especialmente al cambio institucional de tipo deriva. Por el contrario, los *mutualistas* paradójicamente violan las normas establecidas para apoyarlas y sostenerlas respecto a aquellos que pretenden cambiarlas, en contraste con los parásitos, que se aprovechan de las normas para garantizar su posición. Los mutualistas no están asociados con el cambio institucional; de hecho, normalmente contribuyen al statu quo de los partidos.

El subversivo, como los insurgentes, busca reemplazar la institución, pero a diferencia de ellos, no ignora las reglas, trabaja dentro de la institución, disfrazando sus preferencias. Esta acción continúa hasta que la estimación representa el momento de pasar a ejercer la oposición directa. Mientras tanto, estos agentes pueden promover ciertos cambios para promover nuevas normas en los márgenes de los ya existentes, y por esa razón es que estos actores tienen que ver con el cambio en capas. Trabajan dentro de la institución para desplazar y cambiar gradualmente las normas que ayudarán a cambiar la geometría de poder y el reparto de recursos. No tratan de desplazar la institución, sino que buscan la consecución de su objetivo, acceder a los recursos, sin romper las reglas de la institución; ocultan el alcance de sus objetivos al intentar cambiar la normativa siguiendo las expectativas y trabajando dentro del sistema pero contra el sistema.

Por último, los oportunistas son los que no terminan por definir una posición sobre la continuación o no de la institución, e incluso “Debido a oponerse al status quo

institucional es costoso, sino que también no tratan de cambiar las reglas” (Mahoney & Thelen, 2010); por eso si tales agentes son la mayoría en una institución, es probable que se mueva con una gran cantidad de inercia. Son actores que tienen preferencias ambiguas acerca de la continuidad y el statu quo de los partidos, instituciones y sus normas. Ellos no trabajan activamente para preservar las instituciones, debido a que oponerse al statu quo institucional es costoso, no tratan de cambiar las reglas.

Según este modelo, la tabla 2 proporciona una caracterización de los diferentes tipos de cambio institucional gradual junto con sus principales agentes del cambio, de la consideración de dos dimensiones: las características del contexto político (si tiene posibilidades o puntos fuertes o débiles) veto y las características de las instituciones en las que se producen estos cambios (bajos o altos niveles de discrecionalidad en la interpretación o aplicación de las normas).

**Tabla 2.- Tipos de cambio y agentes que los promueven**

		Características de las Instituciones	
		Bajo nivel de discreción	Alto nivel de discreción
<b>Características del contexto político</b>	Fuertes posibilidades de veto	<i>Subversivos</i> (Cambio por capas)	<i>Parásitos simbióticos</i> (Desvío)
	Débiles posibilidades de veto	<i>Insurrectos</i> (Reemplazo)	<i>Oportunistas</i> (Transformación)

Fuente: Mahoney & Thelen (2010).

## CAPÍTULO III. ESTADOS DE BIENESTAR

### *3.1. Introducción*

Por lo menos cuatro décadas después de la crisis del petróleo de los años setenta del siglo pasado se fue profundizando la crítica y las interrogantes de los estados de bienestar, hasta el punto de que muchos políticos y académicos liberales o conservadores llegaron a anunciar su muerte en varias ocasiones. Si bien este tipo de diagnóstico destacó esencialmente ineficiencia de esta forma de organización involucrada en el desarrollo normal de la actividad económica en el sistema capitalista actual, al mismo tiempo comenzó a cuestionar —en un nivel más general basada en la organización y gestión de la vida del siglo XXI— la función y la capacidad de acción del Estado-Nación en un nuevo contexto marcado por el fenómeno de la globalización.

Sin embargo, a pesar de estos postulados, la coyuntura actual de crisis económica parece estar devolviendo nuevamente la voz a quienes defienden la necesidad de una participación estatal más comprometida en el desarrollo social y económico de las sociedades actuales, en funciones como la regulación o la redistribución de los recursos (Esping Andersen & Palier, 2010). Este debate acerca del rol del Estado en los procesos de desarrollo de los diversos países, trae muchas veces implícita una asociación histórica casi simbiótica entre Estado de bienestar y keynesianismo. Como se verá a continuación, en este trabajo se parte de una separación analítica de ambos procesos, que si bien crecieron en forma paralela a lo largo de la historia, actualmente su tratamiento diferencial puede aportar mejores elementos de análisis a la hora de entender los procesos de reforma y los discursos que sobre este tema se realizan.

Si bien ese tipo de debate es muchas veces presentado como obsoleto, o se lo tilda despectivamente de ‘ideológico’, también este trabajo intentará argumentar en contra de la llamada visión pospolítica que encarna el paradigma neoliberal, apoyándose en las críticas que al mismo realiza, entre otras, Chantal Mouffe (2005) respecto de que obviar las diferencias entre posiciones rivales y adoptar modelos de forma acrítica y resignada lleva a un gran desprestigio de la política, y a un vaciamiento de la política en sí misma.



A pesar de compartir muchos de los riesgos sociales, los modelos de acumulación e inserción internacional, e incluso destinar recursos similares a la implementación de determinadas políticas públicas, las sociedades contemporáneas continúan presentando diferencias sustanciales en la forma en que hacen frente a la provisión de bienestar (Pierson, 2001; Esping Andersen & Palier, 2010). De esta manera, no se habría dado, en líneas generales, la tan mentada convergencia de los sistemas de bienestar predicha desde el discurso neoliberal, y las reformas o ajustes de los mismos continuarían siendo asuntos estrictamente políticos.

### *3.2. Los Estados de bienestar en un mundo complejo*

La creciente complejidad y diversidad de las sociedades actuales ha ido dificultando y aumentando indudablemente las áreas de intervención del Estado en la vida de una sociedad moderna, poniendo en entredicho las formas clásicas de organizar y gestionar del sector público, hasta el punto mismo de cuestionar la necesidad o la efectividad de la participación estatal en ciertos ámbitos. Actualmente, mientras que por un lado los procesos crecientes de mundialización e integración comercial, con la consiguiente proliferación de entidades supranacionales, sumados al poder cada vez mayor de las empresas multinacionales, atentan contra el margen de maniobra y autonomía de los Estados-Nación desde fuera; por otro lado, la implementación de políticas de descentralización creciente también socava de alguna manera su autoridad al interior de cada país (Koster, 2011).

Es que los Estados de bienestar se encuentran hoy en día ante una coyuntura bastante diferente respecto a la que tenían que enfrentar dos décadas atrás. Por un lado, el ciudadano objeto de sus intervenciones no solo se ha complejizado, sino que ha mutado en diversos tipos: la población objeto de sus prestaciones ya no está compuesta por hombres mayores, en su mayoría obreros industriales con poca o nula capacitación y cabezas de familia, sino que estas prestaciones deben intentar ofrecerse como contención para situaciones de necesidad de personas con formación muy específica, hombres y mujeres, con estructuras familiares muy variadas, etc. (Glennerster, 2007).

Además, las necesidades básicas de la población de la posguerra –período de consolidación del Estado de bienestar– se han visto en gran parte satisfechas, y ahora los mínimos de calidad y cantidad que exigen las sociedades occidentales son claramente más altos que los que se demandaban hace cincuenta años. Como consecuencia de estos cambios, la alianza básica que contribuyó en muchos casos a sostener el apoyo de creación y consolidación de los Estados de Bienestar, compuesta por coaliciones de clases, se ve resquebrajada ante el aumento de poder económico de las propias clases medias, quienes ahora ven con mayor incentivo aliarse a las clases más poderosas en orden de pagar por servicios más especializados y de mejor calidad, dejando al sector público como responsable del bienestar de los más carenciados, cuyo poder de presión política es casi nulo. El correlato de este movimiento es la consolidación de esquemas duales de provisión de bienes y servicios: sistemas mayormente privados y de mayor calidad para las clases altas y población asalariada y sistemas públicos con menores recursos para atender a la población más necesitada o con menores niveles de aportes.

Las actividades económicas que predominan actualmente relacionadas con la innovación tecnológica, el saber especializado y los servicios, poco se parecen al entorno de industrialización de mediados de siglo XX. Así, “los sistemas de protección social basados en los seguros sociales [...] se muestran mal adaptados para proteger las vidas laborales más móviles, más caóticas, muchas veces más precarias, típicas de la nueva economía” (Esping Andersen & Palier, 2010). En este marco de mayor complejidad y heterogeneidad, las personas que se encuentran en situación de pobreza e indigencia y, por lo tanto, fuera de las posibilidades que ofrece el mercado ya no se concentran exclusivamente en los ancianos; la pobreza de hoy en día tiene como protagonistas a las mujeres solas con hijos, a la gente con escasa capacitación, a los desempleados estructurales de larga duración, a un creciente número de trabajadores que se encuentran ocupados en sectores informales de la economía, pero fundamentalmente a los niños. Por ende, los nuevos retos de los Estados de bienestar contemporáneos pasan por ocuparse exitosamente de tres cuestiones esenciales: favorecer el empleo femenino y la igualdad de condiciones laborales entre mujeres y hombres; invertir en los niños como forma de reducir la pobreza infantil y generar igualdad de oportunidades entre los mismos; y ajustar los sistemas de pensiones de

acuerdo con criterios de equidad entre generaciones y al interior de las diversas generaciones (Esping Andersen & Palier, 2010).

Este desfase entre servicios ofrecidos y demandados ha sido aprovechado desde ciertas posiciones ideológicas para exigir la devolución de dichas responsabilidades al mercado y al sector privado, ya que este sería capaz de asumir eficientemente estas prestaciones. Pero esta concepción no es nueva: esencialmente, aunque con los matices lógicos de un siglo de evolución de la condición de ciudadano, era la posición que dominó los inicios del Estado democrático de derecho a mediados del siglo XIX, con la idea de que había que confiar en el equilibrio del mercado y solo permitir que el Estado fuera garante de la propiedad privada y gestionara la justicia y la seguridad dentro y fuera de sus fronteras. Pero las condiciones de competencia perfecta que teóricamente deben existir no son más que una ficción, por lo que el mercado se convierte en un ámbito esencialmente generador de desigualdades, no solo de renta, sino también de acceso a distintos servicios como la educación o la salud, que hacen a la calidad de vida de una persona.

De acuerdo con Biersteker, el Estado posee seis formas de intervención para poder conseguir estos cometidos: regular el comportamiento de dichos agentes para orientar la actividad a resultados aceptables socialmente; influenciar el comportamiento de los agentes económicos tanto positiva como negativamente; mediar en los conflictos entre capital y trabajo; distribuir la producción social y privada mediante subsidios o transferencias; producir directamente los bienes y servicios; o planificar y racionalizar los procesos de producción (Biersteker, 1990). La preferencia de cada Gobierno por promover una u otra forma de intervención va a depender en gran medida de los valores e ideología que sustenten su actuación, y son estas preferencias y no las presiones externas las que en última instancia van a condicionar la puesta en práctica de determinadas políticas sociales o modelos de gestión en detrimento de otras opciones.

Desde la posición tomada en este trabajo, dicho punto no es menor ya que se parte de la consideración de que gran cantidad del éxito que ha tenido el dogma neoliberal es que su discurso de que no hay alternativa alguna debido a que supuestamente se ha ingresado en una etapa que ha trascendido el antagonismo y las divisiones entre izquierda y derecha no solo no contribuye a profundizar en la democratización de las sociedades actuales, sino que además socava la propia esencia de la política que es

constitutivamente una arena de conflicto entre modelos contrapuestos, que reconociéndose mutuamente buscan convertirse en hegemónicos (Mouffe, 2005).

Es a partir de esa forma de discurso que, como se irá viendo a lo largo del trabajo, se fomenta la idea de convergencia inevitable entre los distintos tipos de Estados de bienestar en formas residuales del mismo, o se proponen reformas de la administración pública que son presentadas como neutrales en lo político, ya que simplemente responden a cuestiones técnicas de eficacia, eficiencia y calidad. Para intentar ver estas cuestiones se pasará a definir al Estado de bienestar y a su evolución histórica, para luego adentrarse en los procesos de reforma que dicho objeto de estudio está viviendo en la actualidad el Ecuador.

### *3.3. Conceptualización del Estado de bienestar*

El concepto del Estado de bienestar (EB) busca superar los modelos teóricos clásicos del estudio de los Regímenes de bienestar y las políticas sociales, los cuales presentaban un análisis demasiado a político y fragmentado de la realidad como si los proyectos de país no tuvieran que ver con las intervenciones sociales diseñadas e implementadas. De esta manera, los continuos de tipologías que se establecían en la literatura del bienestar y los cuidados en un pasado podían no dar cuenta realmente del tipo de modelo general que se estaba construyendo. Así pues las obras de Esping Andersen (1990, 1996) supusieron un enriquecimiento cognitivo sin lugar a dudas dentro de las ciencias sociales, sobre todo en las ciencias políticas.

Cuando un concepto como el del Estado de bienestar (EB) o democracia está tan arraigado no solo en la academia, sino a nivel político e incluso periodístico, es casi inevitable que dichos conceptos se constituyan de alguna manera en agujeros negros dentro de los que caben interpretaciones que llegan a ser incluso antagónicas entre sí, por lo que al final del mismo termina quedando vacíos en su definición. Lo cierto es que entre los especialistas no aparece un consenso claro en la ubicación temporal del surgimiento de los Estados o Regímenes de bienestar.

Primeramente al repasar algunas definiciones, de forma general es posible identificar una serie de objetivos comunes a todos los regímenes de bienestar existentes, entre los que se encuentran: a) La garantía de la rentabilidad del capital que exige formas de regulación estatal e inversión física pública, control del ciclo económico, investigación y desarrollo; b) Una doble intervención en el ámbito de la inversión social y en el ámbito del consumo social, contribuyendo a la demanda efectiva y a la organización de la solidaridad intergeneracional bajo pautas institucionales; c) Finalmente, una intervención en el ámbito de la legitimación sociopolítica dirigida a la creación de estabilidad social como pueden ser las rentas mínimas de inserción (Rodríguez Cabrero, 2002). En definitiva, los diferentes Estados o Regímenes de bienestar no vienen a rivalizar con el modelo de producción y acumulación existente, sino que nace como un intento de mejorarlo y reforzarlo, intentando establecer una definición de Estado de bienestar que sea adecuada para este trabajo. Una opción es la planteada por Muñoz del Bustillo (2000), que considera al Estado de bienestar como aquel conjunto de actuaciones públicas tendientes a garantizar a todo ciudadano de una nación, por el mero hecho de serlo, el acceso a un mínimo de servicios que garanticen su supervivencia entendida en términos sociales (Muñoz del Bustillo, 1989).

Mishra en 1989 realiza una definición similar, aunque también introduce pequeños matices o agregados, al referirse a las principales características de los Estado de bienestar: la provisión pública de una serie de servicios sociales universales; la intervención estatal en la economía para garantizar un alto nivel de ocupación; y la responsabilidad gubernamental en el mantenimiento de un nivel mínimo de vida, entendido como un derecho social y no como caridad pública para una minoría.

Bismarck define al Estado de bienestar como aquel conjunto de actividades estatales que tienen como cometido principal, ya sea mediante la provisión directa o la regulación, el acceso de todos los ciudadanos a unos niveles mínimos de servicios públicos que les garanticen su subsistencia en tanto derecho adquirido y no como caridad.

Dentro de las diferencias entre el Estado keynesiano (EK) y el Estado de bienestar (EB), parece necesario tener en cuenta, entre otras, que las causas que los originaron son diferentes de índole político-social, el Estado de bienestar, y por motivos económicos el

Estado keynesiano. Por otra parte, mientras que los instrumentos de intervención del Estado keynesiano son flexibles porque aspiran a ejecutarse de forma anticíclica, los instrumentos de los Estados de bienestar son por definición rígidos, ya que están orientados a garantizar derechos; y por último, el área de intervención del Estado keynesiano está centrada en la producción y la inversión, al tiempo que las actuaciones políticas de los Estados de bienestar aspiran a la redistribución de los recursos para que amplios sectores de la población accedan a un conjunto determinado de bienes y servicios.

Los Estados de bienestar no solo se limitan a reconocer derechos, sino que por el contrario, el análisis de los mismos debe centrarse en su veta más proactiva de intervención e interrelación con el mercado y las familias; lo que determina que debido a la relevancia de su acción o inercia, el Estado de bienestar se convierta en sí mismo en un sistema de estratificación que puede trascender, o por el contrario reafirmar, las diferencias de clase ya existentes (Esping-Andersen, 1990).

Esta tipología es elaborada a partir de tres dimensiones de análisis: el grado de desmercantilización que aporta la implementación de las políticas públicas, pero muy especialmente las referidas a la seguridad social es, de acuerdo al autor, una precondition necesaria para la supervivencia del sistema, ya que permite alcanzar niveles mínimos de seguridad y bienestar; el grado de universalidad de dichas políticas, es decir, la existencia de ciertos prerrequisitos necesarios para acceder a los servicios sociales públicos, o por el contrario, la consideración de dichos beneficios como un derecho que posee el individuo en tanto ciudadano de una comunidad determinada; la confianza que exista en el mercado como asignador de recursos.

Desde esa óptica es que se desarrollan los tres modelos ya conocidos, que serán descritos de forma breve: el *EB Liberal* (o anglosajón) predomina la ayuda a los que se comprueba no tienen medios, aparecen como centrales normas tradicionales y liberales de la ética del trabajo, y la consecuencia es un régimen que minimiza los efectos de la mercantilización, limita con efectividad el alcance de los derechos sociales y construye un orden dual. Los casos más cercanos a este ideal son los de Estados Unidos, Inglaterra o Australia, por ejemplo.

Por otra parte, el *EB Corporativo* (o cristiano) se caracteriza por una fuerte influencia religiosa que otorga una centralidad importante a la familia, y que determina que el Estado va a interferir únicamente en aquellos casos en los que las familias ya no puedan sostener a sus miembros. Además, el hecho de que sus prestaciones estén organizadas en líneas generales en calidad y monto de acuerdo con la inserción laboral del beneficiario determina que el impacto redistributivo de dichas políticas sea casi nulo. Los casos reconocibles son los países de Alemania o Francia.

Finalmente, el *EB Socialista* (o nórdico) busca promover una igualdad en los estándares más elevados, dándose así una elevada desmercantilización y programas universalistas que, sin embargo, se adaptan a expectativas diferenciadas, siendo destacable el hecho del alto compromiso con la prestación de servicios sociales no solo para atender a las necesidades de la familia, sino también para permitir que las mujeres puedan elegir el trabajo en lugar del hogar. Los ejemplos ya clásicos de este modelo son los países de Suecia o Noruega.

Si bien esta tipología se ha consolidado como la referencia casi ineludible de este tipo de estudios, lo cierto es que esto no implica de ninguna manera que la misma no haya sido objeto de diversas críticas y propuestas de reformulaciones. Sin embargo, a pesar de este hecho, y de que incluso muchas de las críticas o matices que se le pueden realizar tengan fuertes fundamentos, también es cierto que en último término las contrapropuestas muchas veces se limitan a agregar alguna categoría o subcategoría a las ya existentes, sin desmontar con ello la lógica básica de la clasificación. Algunas de las críticas a esta tipología se podrían resumir en los siguientes puntos presentados por Clare Bambra (2005) y Gregory Kasza (2002): el alcance de la tipología; la metodología utilizada; la omisión de la cuestión de género en el análisis; la propia utilidad del concepto de régimen; y finalmente, la focalización en las transferencias de renta.

En relación al alcance, diversos autores han proclamado que a los tres mundos es necesario agregarle un cuarto, debido a que los propuestos por Esping Andersen no toman en cuenta determinados rasgos característicos de una serie de países. Así, autores como Ferrera (1995), entre otros, reclamaron el reconocimiento de un cuarto tipo compuesto por los países mediterráneos de la Unión Europea: España, Grecia, Portugal,

y hasta cierto punto Italia cuyo rasgo distintivo estaría en el escaso o disímil desarrollo de las principales iniciativas de bienestar social (Noguera, 2000).

Desde el punto de vista metodológico, algunos investigadores han realizado análisis de grupos para testear los agrupamientos propuestos por Esping Andersen, llegando a la conclusión de que si bien los resultados confirman en líneas generales la construcción teórica, existen algunos problemas en el Régimen liberal, ya sea porque Canadá y Estados Unidos presentan diferencias importantes respecto al resto de países de la categoría (Kangas, 1994) o porque claramente aparece un cuarto grupo compuesto por los países de las antípodas.

En tercer lugar, en referencia a la cuestión de género, la tipología ha recibido críticas desde el ámbito feminista debido al rol marginal que tiene la mujer en dicho análisis. En este sentido, se le adjudica cierta ‘ceguera de género’ en relación al concepto de desmercantilización; desconocimiento del rol de la mujer y la familia en la provisión de bienestar y finalmente la ausencia de las diferencias de género como una de las formas existentes de estratificación social (Bambra, 2005). Si bien estas tres críticas han sido las más frecuentemente señaladas, lo cierto es que también se han ido presentando diversos estudios que de alguna manera cuestionan o al menos buscan complementar al trabajo de Esping Andersen, a partir de la problematización de la validez de la noción de régimen, por un lado, y a la centralidad de las políticas de transferencia de renta, por el otro. Ambas cuestiones aparecen fuertemente relacionadas por el hecho de que las mismas ponen el énfasis en la existencia de una mayor complejidad asociada a estos fenómenos que la que parece dar cuenta la tipología de los tres mundos.

De esta manera, Kasza (2002) cuestiona los supuestos que a su entender se encuentran detrás de la clasificación: en primer lugar, que la gran mayoría de las políticas sectoriales reflejan cierto enfoque similar en relación con la provisión de los servicios sociales. Y en segundo lugar, se parte de la base de que cada régimen refleja de forma intrínseca un conjunto de valores y principios que se presentan de forma coherente en las diversas áreas de política. Desde su punto de vista, el análisis detenido de las diferentes políticas sociales de un país determinado da cuenta de las diferencias y variaciones existentes entre ellas. Estas diferencias internas se pueden llegar a acentuar si además de estas particularidades se observa que todo el planteamiento de Esping



Andersen se apoya exclusivamente en el efecto desmercantilizador de las políticas de pensiones y prestaciones por desempleo y enfermedad, dejando de lado todo el espectro de prestación de servicios sociales como la atención sanitaria o la educación.

Establecida la definición del Estado de bienestar, a continuación se intentará realizar de forma muy esquemática la descripción de las diferentes reformas de los Estados o Regímenes de bienestar, para poder detenernos con un poco más de atención en la evolución actual que está teniendo esta categoría de análisis.

### *3.4. Las reformas de los Estados de bienestar*

Se puede decir que si bien ciertas estructuras y políticas de bienestar ya fueron consolidándose desde mediados del siglo XIX, como fue dicho anteriormente, lo cierto es que no fue hasta el final de la Segunda Guerra Mundial que el peso estatal en la economía, tanto cuantitativa como cualitativa, creció a una velocidad mucho mayor, y cada vez con menos cuestionamientos. Este crecimiento sostenido en atribuciones, instituciones, presupuesto y recursos humanos, tuvo su correlato lógico en un porcentaje cada vez mayor de impuestos a los que los ciudadanos debían hacer frente para financiar estas instituciones. El Estado ya no era simplemente juez y vigilante, sino que ahora era productor y proveedor de bienes y servicios. Por ese entonces y hasta al menos finales de la década del sesenta, la intervención estatal en la economía se había distinguido como el paradigma dominante, y aquellas voces que podían mostrarse contrarias o reticentes ante esta realidad no encontraban mayores repercusiones ni a nivel político ni en el ámbito académico.

Es que además de que las políticas de bienestar estaban teniendo un impacto relativamente positivo con relación a las situaciones de pobreza más aguda el crecimiento económico, y fundamentalmente el pleno empleo, aportados por la adopción de políticas keynesianas era una constante en las naciones más desarrolladas, y oficiaron como mecanismo de distribución primaria de los ingresos complementarios a la redistribución de los mecanismos de bienestar (Isuani, 1991).

Esta situación comenzó a cambiar drásticamente a los comienzos de la década del setenta cuando se fueron sucediendo algunas crisis internacionales importantes como la de los precios del petróleo en 1973, junto con situaciones internas de aumento del desempleo, en paralelo con disparadas en los índices de inflación. Esto impactó con mucha fuerza en sociedades cuyos niveles de vida habían aumentado notoriamente y estaban comenzando a exigir una calidad en los servicios públicos más acorde con esta nueva coyuntura (Offe, 1990).

En el nuevo orden económico, la inflación ya no era el mecanismo efectivo para orientar la lucha redistributiva, ya que la evolución de diferentes aspectos compensatorios, como el reconocimiento salarial, blindaban los ingresos de los trabajadores de ciertas presiones a la baja de los mismos. Esto estaría dando cuenta de que en realidad, la respuesta neoliberal a la crisis de los años setenta pasaba fundamentalmente por la reducción del Estado en su matriz keynesiana: eliminar o reducir mecanismos de compensación salarial y de protección del empleo, y debilitar el poder sindical, entre otros instrumentos, más allá de los cuestionamientos que también se le realizaban a los componentes del Estado de bienestar, en especial la seguridad social (Munk & Baggesen, 2010).

Es que más allá del rendimiento coyuntural de las economías nacionales, lo cierto es que la proliferación de actividades asumidas directamente por las instituciones estatales se convertía en mayor o menor medida en una amenaza al sector privado, debido a que los servicios que se prestaban públicamente se producían por fuera del mercado, pero que dada la extensión de los mismos ya no eran simplemente complementarios de la actividad privada, sino también sustitutivos de los productos generados por el mercado. Esta competencia entre el Estado y el mercado rompía de alguna manera con una subordinación del Estado a favor del mercado, ya que si bien existe una demanda indirecta que recibe el sector privado gracias a la producción de bienes públicos, lo cierto es que como dice Anisi (1989) dicho rol de simple proveedor de materias primas determina que la actividad que realmente genera beneficios, cuando se genera el valor añadido, quede en manos públicas.

En relación al efecto de las diferentes acciones de los diferentes tipos de regímenes de bienestar existentes, las principales críticas se centraron en las dificultades de los

sistemas más universales para reducir la desigualdad y la pobreza en los nuevos tiempos, sobre todo por el hecho de que dichos esquemas eran claramente ineficientes desde el punto de vista económico, y principalmente presupuestario, debido a que quienes más necesitaban los recursos públicos, eran quienes menos los recibían; atenuando así los efectos redistribuidores que se pretendía alcanzar.

Contrariamente al postulado profocalización de las iniciativas públicas, la razón se encuentra en las coaliciones que sustentan a las políticas focalizadas en oposición a las iniciativas de corte universalista. Mientras que las políticas focalizadas solo llegan a los sectores más pobres de la población, y como contrapartida son financiadas por el resto de la sociedad, las mismas no tendrán ningún tipo de apoyo entre las clases medias y altas, que satisfacen sus necesidades de atención en el mercado. Como contrapartida, cuando las políticas parten de una base universal, estas incorporan dentro de un esquema público a grandes porciones de la población, por lo que los contribuyentes perciben los beneficios de su aporte, y por lo tanto permanecerán en el sistema, lo defenderán y se preocuparán por mejorar su calidad.

Pierson (2006) menciona que una de las principales fuentes de fortaleza de los Estados de bienestar actualmente es su tenacidad institucional, que consiste en los puntos de veto institucionales formales e informales y los procesos de dependencia del camino, que en muchos casos tienden a blindar configuraciones de política pública establecidas. Es en gran medida a partir del reconocimiento de esta realidad que autores han intentado indagar acerca de cuáles han sido, y qué configuración han adquirido dichos cambios en los Estados de bienestar durante los últimos años. Estas aproximaciones parten del reconocimiento de al menos dos puntos: en primer lugar, que al mismo tiempo que la popularidad y apoyo social a las políticas de bienestar continúa siendo bastante elevado, también es cierto que incluso aquellos defensores más acérrimos del Estado de bienestar han reconocido la necesidad de introducir ciertas reformas. Mientras que, en segundo lugar, incluso en aquellos países en los que se llevó adelante un plan ambicioso de privatización o tercerización de servicios públicos, el peso del Estado no se vio disminuido debido a que esas actividades que se cedieron fueron ocupadas por organismos dedicados a regular y controlar la actuación de las nuevas empresas privadas (Pavolini & Ranci, 2008). Es desde estos supuestos que los trabajos mencionados se ocupan de la reestructura de los Estados de bienestar. Si bien la

tendencia general de las reestructuras va orientada a la reducción de las prestaciones directas y a aumentar las bonificaciones monetarias, lo cierto es que también en este caso se pueden apreciar diferencias claras entre distintos tipos de Estados de bienestar.

En el primer caso, el compromiso estatal es mínimo, ya que como contrapartida se pretende devolver responsabilidades a las familias; por lo que la intención es sostener los ingresos que perciben las personas dependientes en vez de otorgarle los servicios que ellos necesitan. Por el contrario, el modelo basado en la provisión intenta cubrir las necesidades de estas personas para que no tengan que recurrir a los cuidados familiares. Si bien también existe apoyo económico, este es más limitado. Además este último modelo presenta como uno de sus objetivos subyacentes, el mantenimiento de altos niveles de empleo en el sector servicios, lo que plantea como problema los altos costos que traen aparejados este tipo de programas.

Si analizamos la reestructuración de los Estados de bienestar desde el punto de vista de Pierson, vemos que para este autor, uno de los problemas que ha presentado el estudio de los cambios en los Estados de bienestar radica en medir los mismos en términos de más o menos; es decir, entre un Estado de bienestar que se mantiene inmune a las reformas y uno que ha sido totalmente desmantelado (Pierson, 2006). Para intentar resolver este escollo, la propuesta es analizar los cambios de los Estados de bienestar en torno a tres dimensiones: la remercantilización, la contención de costes, la recalibración.

En la primera dimensión se está aludiendo a la vuelta atrás de la desmercantilización, proceso que está asociado a la tipología de los Estados de bienestar mediante varios mecanismos que logren restringir las alternativas a la participación en el mercado del trabajador, ya sea endureciendo las condiciones de elegibilidad o recortando la cuantía de las prestaciones (Pierson, 2006).

La segunda dimensión está haciendo referencia a un proceso que en la actualidad está presente en cualquier política pública, debido a que hoy en día no existe prácticamente ningún Estado que no tenga como prioridad la contención de sus costes debido, entre otros aspectos, a que los ciudadanos se niegan a asumir cargas impositivas más altas.

Finalmente, por recalibración, se entiende a las reformas que tratan de hacer que los Estados de bienestar contemporáneos sean más coherentes con los objetivos y demandas de provisión social contemporáneas. Este proceso puede implicar tanto la reforma de programas ya existentes para hacerlos más efectivos, como la creación de nuevos programas cuyos objetivos sean la satisfacción de nuevas demandas sociales (Pierson, 2006).

Pero más allá de la gran utilidad de este enfoque marco para el análisis de las transformaciones en los Estados de bienestar, aparece la afirmación de que, según Pierson, los distintos mundos del Estado de bienestar de Esping Andersen han desarrollado, como consecuencia de sus configuraciones institucionales internas, diferentes dinámicas de reforma.

Por otra parte, y además de estos rasgos particulares de cada tipo de Estados de bienestar, también es posible advertir ciertas tendencias de ajustes o reformas que se manifiestan con matices en casi todos los países (Del Pino, 2004) y que en gran medida son producto de la falta de financiamiento existente para las políticas sociales: en primer lugar se encuentran los ajustes estructurales derivados de los cambios sociodemográficos que sufren todos los países industriales avanzados, sobre todo en pensiones y sanidad; también se está observando un mayor esfuerzo por promover políticas activas en contra del desempleo, entre otras cosas, para paliar de alguna manera los costes de las prestaciones sociales destinadas a este problema; una focalización cada vez mayor de las prestaciones en los más necesitados en general a través de la comprobación de medios; y finalmente una tendencia a la reducción de las cargas que por concepto de protección social deben aportar trabajadores y empresarios.

En este marco de reforma casi permanente, los diferentes estudios han ido incluyendo varios aspectos políticos que pueden o no condicionar la existencia de reformas y la orientación de las mismas.

Tomando en cuenta estas dimensiones, se desprenden claramente instancias o condiciones que van a dificultar las reformas, por un lado, y por el otro, se pueden identificar cuáles son los factores más favorables para el éxito de las mismas. Así, serán de difícil o conflictiva aplicación aquellas reformas que, por ejemplo: recortan

prestaciones que llegan a gran parte de la población; si existen grupos organizados de usuarios del servicio; si la prestación está vinculada a contribuciones anteriores; si no se logra convencer a la ciudadanía de la importancia de la reforma; si el poder de veto se encuentra disperso en varios actores; si existen minorías legislativas; el rol que jueguen los sindicatos y otros actores sociales pueden beneficiar o perjudicar las reformas; si la reforma se produce en bloque o manejando pocos temas, etc.

Por el contrario, será más factible llevar adelante un proceso de reforma si se dan alguna o varias de estas condiciones: se busca universalizar prestaciones; si los que cargan con el peso del financiamiento también reciben beneficios; si hay consenso en la necesidad de reformar; si hay mayorías legislativas; el apoyo de sindicatos y demás actores sociales; que el número y variedad de temas sea amplio; los procesos más negociados que impuestos verticalmente (Del Pino & Colino, 2006).

A pesar del continuo, y de alguna manera creciente, desarrollo académico con relación a los cambios y reformas en las matrices tradicionales de bienestar; puede decirse que en líneas generales dichos avances han estado centrados en su mayoría en los casos extremos de la tipología de Esping Andersen; es decir, en los regímenes de bienestar socialdemócratas y los regímenes residuales o liberales. Esta constatación deja en un segundo plano de las preocupaciones académicas al caso de los regímenes corporativos o bismarckianos, que en última instancia ponen el énfasis en el supuesto de que dichas configuraciones de Estado-mercado-familia son las que presentan mayores dificultades a la hora de instrumentar reformas estructurales sustantivas para la resolución de sus principales problemas (Palier & Martin, 2008).

Como fue señalado en el apartado anterior, los desafíos a los que se enfrentan los EB contemporáneos se pueden agrupar analíticamente en dos dimensiones: por un lado, los mismos enfrentan presiones por contener o reducir los costos crecientes de su accionar, mientras que, por el otro lado, pero de forma simultánea, los mismos deben adecuarse vía recalibración o reforma a nuevos problemas o riesgos sociales, muchas veces nacidos a partir de la propia actuación de los EB. En este contexto, los EB Corporativos son los que enfrentan mayores presiones desde ambos sectores (Häusermann, 2010).

La intención de esta sección es profundizar en la comprensión de este tipo de EB y de un subtipo específico los regímenes de Europa del Sur o Mediterráneos debido a dos razones fundamentales: en primer lugar, se presentará cómo, a pesar de esa idea de un congelado paisaje continental (Esping Andersen, 1996) los EB Corporativos se han transformado en las últimas décadas, y en algunos casos de forma muy importante. En segundo lugar, el análisis más detallado de esta categoría también aportará algunas pistas a un argumento que será trabajado más adelante, referido a la pertinencia o no de hablar de regímenes de bienestar para el contexto latinoamericano, pero particularmente en los países del Cono Sur del continente.

Retomando las principales características mencionadas de este modelo de provisión de bienestar, incluye esencialmente a los países de la Europa continental y mediterránea: Alemania, Francia, Italia, España, entre otros; se observa que en su génesis, el elemento distintivo u objetivo se encontraba en el aseguramiento de la situación laboral y salarial para los trabajadores, hombres del ámbito formal de la economía (Grimmeisen & Rothgang, 2004). Así, se podría decir que el concepto distintivo de estos regímenes es el de ‘seguridad’, mientras que para los Estados socialdemócratas sobresale la ‘igualdad’ en sus intervenciones, y para los Estados residuales lo primordial pasa de alguna manera por el alivio a la pobreza (Palier & Martin, 2008).

Si observamos los instrumentos que han compartido estos países a la hora de cumplir con este objetivo general de seguridad, Palier y Martin señalan cuatro arreglos institucionales específicos: formas de acceso a la protección social basadas en el empleo formal y las contribuciones salariales asociadas al mismo; los beneficios sociales a los que accede la persona son en su gran mayoría transferencias monetarias directas, proporcionales a los aportes realizados; el financiamiento de las mismas está apoyado en el nivel de contribuciones, y por lo tanto depende del nivel de empleo de la economía; una gestión de estos recursos y prestaciones a partir de estructuras públicas, que en líneas generales incorporan a ciertos actores sociales a la gestión de las mismas (Palier & Martin, 2008).

De modo que, en líneas generales, se podría decir que los regímenes de bienestar corporativos poseen de forma intrínseca una base de sustentabilidad débil, determinada por la fuerte dependencia de los niveles de beneficios y cobertura de los mismos en los

contextos de crecimiento económico y altos niveles de empleo. Este esquema no necesitaba, como en el caso de los países socialdemócratas, del pleno empleo, debido a que aquellos que quedaban por fuera del mercado formal eran principalmente las mujeres o ancianos, que eran desincentivados para ingresar al mercado laboral; como contrapartida se buscaba que estos colectivos optaran, por lo tanto, realizar tareas de cuidados del hogar y de las personas inactivas o dependientes (Spicker, 1988). Por otra parte, los altos niveles de beneficios para aquellos que se encuentran dentro del sistema de protección implican, por consiguiente, una fuerte segmentación entre empleados y población en general, por eso son parte de la explicación de por qué es tan difícil reformar estos esquemas: las resistencias de los empleados ante cualquier tipo de amenaza a cambiar el statu quo serán muy fuertes, y con altos costos desde el punto de vista político y electoral (Güemes, & Fuentes, 2010).

Sin embargo, a pesar de que todas las circunstancias mencionadas hacen referencia a una cierta incapacidad de reformarse o ajustarse, los Estados corporativos efectivamente han logrado implementar cambios institucionales de envergadura, aunque de forma gradual. Estos cambios se han centrado en cuatro tendencias (Häusermann, 2010) que han ido, o bien consolidando el carácter corporativo de estos sistemas, o bien orientando sus principios hacia los denominados cambios de paradigma o de tercer orden (Hall, 1990).

Por un lado, el recorte de los principales beneficios sociales, que en este caso particular alude a aquellas prestaciones provenientes de la seguridad social; en segundo lugar, un gran número de reformas en estos sistemas se han centrado en los mecanismos de financiamiento, que han intentado iniciar una progresiva adopción de financiamiento vía impositiva, y por lo tanto a través de rentas generales, en desmedro de los esquemas tradicionales de aseguramiento. Este ha sido el caso de algunas iniciativas en países como Francia o Alemania en la década del noventa, sobre todo con relación a la introducción de una serie de pensiones de carácter no contributivo (Palier & Martin, 2008).

En tercer lugar, otro desafío de cambio proviene de la necesidad de reformar de manera focalizada la situación particular de algunos colectivos ocupacionales específicos, que a lo largo de la consolidación del esquema corporativo fueron los grandes beneficiarios, y



por ende, son también los principales opositores o actores de veto ante cualquier tipo de cambio del statu quo. Este punto se relaciona directamente con la cuarta tendencia de reforma, que alude a la necesidad de estos sistemas de adaptarse a los nuevos riesgos sociales; es decir, a la nueva estructura de riesgos de las sociedades posindustriales contemporáneas, integrada entre otras cosas por nuevos tipos de empleo y mayores situaciones de informalidad; presiones por equidad de género en las configuraciones de los seguros sociales; nuevos arreglos familiares que requieren asistencia directa del Estado como es el caso de los padres solteros; o la necesidad de garantizar cierto ingreso mínimo para personas cuya trayectoria laboral se ve discontinuada a lo largo del tiempo (Häusermann, 2010).

Los efectos concretos de la adopción de estos últimos cambios mencionados supondrían, sin lugar a dudas, el mayor desafío para estos regímenes de bienestar. La razón es clara: las reformas deberían lograr combinar la reducción o incluso recorte de ciertos beneficios de los empleados, para beneficiar a parte de la población sin mayores resistencias políticas (Swank, 2002). En definitiva, los procesos de reestructura de los Regímenes de bienestar corporativos requieren la formación de amplias coaliciones de apoyo. Debido a que actualmente la situación es de un espacio multidimensional en cuanto la variedad de conflictos potenciales en torno a las políticas sociales, mayores serán las opciones de conformar alianzas en la medida que los Gobiernos logren articular bajo un mismo paquete de reformas, voluntades diversas (Häusermann, 2010). Las posibilidades de que esta estrategia prospere dependerá de cómo se estructuren los siguientes factores institucionales: el grado de fragmentación de los partidos políticos, sindicatos y cámaras empresariales, y el número de posibles puntos de veto del sistema político. Escenarios con poca fragmentación, y por lo tanto con poca flexibilidad para formar coaliciones; o un número alto de puntos de veto, dificultará notoriamente la aprobación de la mayoría de los cambios y ajustes que se intenten promover desde el Gobierno (Häusermann, 2010).

### *3.5. Los Estados de bienestar en América Latina*

Como se pudo observar anteriormente, los Estados pueden intervenir para corregir los riesgos generados mediante la estructura de producción existente de la que ellos mismos

son parte, pero también pueden optar por no intervenir. Es a partir de este hecho cuando pueden darse tres escenarios diferentes: o bien las familias se adaptan y buscan organizarse para hacer frente colectivamente a estos riesgos; o bien dichos riesgos son absorbidos de una manera u otra por los mercados y la comunidad en general. Finalmente, puede darse la situación de que nadie quiera o pueda intervenir en dicha coyuntura, lo que determina que estos riesgos continúen incrementándose y consolidándose al interior de determinados colectivos específicos (Schwartz, 2001).

Ninguna de estas condiciones sociales existe en América Latina en líneas generales. Si a esto se le agrega un Estado incapaz de asumir dichas responsabilidades debido a que carece de las capacidades necesarias tanto administrativas como políticas, y que entre los años ochenta y noventa del siglo pasado se vio fuertemente presionado para dismantelar sus ya precarias estructuras de protección social, el resultado es la existencia de una sociedad desigual, fragmentada y con importantes riesgos sociales difíciles de revertir en el corto y mediano plazo. Actualmente, esta región continúa siendo la más desigual del mundo, y esta situación no se limita únicamente a la dimensión económica, sino también a cuestiones como la calidad de la educación que se recibe, el acceso a servicios mínimos de atención sanitaria, las actividades comerciales y de ocio a las que accede buena parte de la población, los barrios donde habitan las personas más pobres y la capacidad de influir políticamente en las decisiones que tienen los ciudadanos, entre otras cuestiones. Esto lleva a poder afirmar que los ciudadanos de esta región viven vidas diferentes respecto a vivienda, educación, atención sanitaria, actividades de ocio y cultura, incidencia política, etcétera (Tarrow, 1997). Dependiendo de su nivel de renta, y que además gran parte de las personas no pueden disfrutar de una ciudadanía completa, ya que muchos derechos que en estos países son garantizados por ley, finalmente no pueden ser ejercidos o garantizados de forma adecuada.

Los problemas asociados a los Estados de bienestar en esta región se pueden explicar, entre otros factores, porque estos países intentaron aplicar recetas o instrumentos de intervención que tenían como sustento un determinado contexto socioeconómico e incluso cultural, que no era el existente en Latinoamérica. En este sentido, los cimientos en los cuales se apoyaron los diversos instrumentos de intervención social en Europa, como por ejemplo el fuerte desarrollo de la industrialización, la urbanización de sus sociedades, la formalidad del mercado laboral e incluso la distinción de núcleos

familiares tradicionales, nunca llegaron a existir de forma tan extendida en América Latina.

Esto claramente generó un desfase entre la estructura de bienestar que se comenzó a construir y los riesgos a los que dicha estructura debía hacer frente. En líneas generales, se puede decir que este tipo de problemas están teniendo los países con sistemas de bienestar maduros, entre las matrices de bienestar y el contexto en el que pretenden intervenir, han acompañado a América Latina desde mediados del siglo pasado. Sin embargo, a pesar de este rasgo común a los diversos casos nacionales, lo cierto es que los legados históricos de las matrices de bienestar han influenciado la orientación de las distintas reformas, al igual que en contextos tanto de expansión sobre la mitad del siglo XX, como de retracción o ajuste en las décadas del ochenta y noventa en la región (Therborn, 1989).

En la región latinoamericana recién hacia finales de los noventa se encuentran los primeros esfuerzos de clasificar los modelos de Estado social.

Filgueira fue uno de los pioneros en aplicar las contribuciones de Titmuss, Korpi y Esping-Andersen a la realidad latinoamericana, aunque actualizándolas con perspectivas locales. Su estudio se concentró en la ‘época dorada’, es decir, el periodo que va aproximadamente desde 1930 hasta mediados de los setenta que coincidió, en el plano económico, con la vigencia del esquema de industrialización por sustitución de importaciones. En su investigación identificó tres patrones según su grado de protección, rango de beneficios, condiciones de acceso, estratificación de servicios y reproducción o alteración de la pauta de estratificación social inicial. Así estableció como países de ‘universalismo estratificado’ a Uruguay, Argentina y Chile porque tienen políticas amplias pero segmentadas según la inserción ocupacional; países ‘duales’ en los que se combinan universalismo estratificado en sectores urbanos y exclusión en sectores rurales, tales como Brasil y México; y finalmente, países con esquemas ‘excluyentes’, con Estados reducidos y casi nula asignación de recursos donde estarían República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua, Bolivia y Ecuador.

Desde tal contribución se aseguraba la aplicabilidad de la noción de régimen de bienestar (de manera parcial, y aunque no utilizara este concepto) a nuestras realidades

y su comparación entendiendo la advertencia metodológica realizada por el propio Esping-Andersen acerca de la necesidad de construir clasificaciones tipológicas y no de continuo. Asimismo, las explicaciones de los diferenciales desarrollos nacionales no se reconocían por ser de carácter lineal y evolutivo, sino de tipo *path dependence* y estructurales; es decir, la naturaleza de los sistemas de bienestar en la región encuentra claves explicativas en variables estructurales y secuencias históricas, antes que en puntos de partida temporales singulares y en los grados de madurez correspondientes. Estas primeras clasificaciones de los sistemas de bienestar que utilizaron un enfoque heterodoxo se basaron fundamentalmente en indicadores de cobertura y gasto, a pesar de la crítica antes referida. Según Filgueira, esta decisión no renunciaba a entender los tipos de Estados sociales antes que niveles de desarrollo de este tipo de Estados. Por esta razón, la agrupación de países del estudio de Filgueira respondía a dicha propuesta metodológica, mientras que la conceptualización y explicación histórica de su desarrollo resulta tipológica y enfatiza variables diferentes al grado de madurez de estos sistemas.

Posteriormente, durante la primera década del siglo XXI, aparecen la mayor cantidad de aportaciones (Barrientos, 2004; Gough, 2004; Barba, 2011) centradas fundamentalmente en el análisis de la etapa neoliberal y, en menor medida, en sus antecedentes. Así, pues, Martínez Franzoni (2005a) analiza las respuestas de algunos Gobiernos ante las crisis económicas de los ochenta, graduales o radicales, mostrando una suerte de bifurcación entre dos vías: la estatista (Costa Rica y Uruguay) y otra liberal (Argentina y Chile). Por otra parte, Barrientos (2004), focalizando en la transición en la región hacia el ciclo neoliberal, argumenta que se ha pasado de un régimen de bienestar conservador-informal a otro liberal-informal. Este componente de informalidad se refiere a una característica particular de la región: mercados laborales que tienen grados muy variables para integrar formalmente a la población y a través de esta ofrecer cuidado y protección social. La principal fuente de protección han sido sistemas estratificados de seguridad social, asociados al empleo y destinados exclusivamente al empleo formal. El trabajo informal, por su parte, estuvo atado a estrategias familiares y a sus ingresos para hacer frente a riesgos sociales como vejez y enfermedad. Por ello la producción de bienestar antes de las reformas neoliberales ha sido caracterizada como corporativo-conservadora en su protección al trabajo asalariado e informal con relación al trabajo no asalariado. Este debate se sitúa en el marco de la tipología que hace Gough (2004) entre regímenes de Estados de bienestar, con

economía capitalista y democracia liberal consolidada; los regímenes seguridad informal, de América Latina y Este asiático; y los regímenes de inseguridad, como en África subsahariana.

Siguiendo con el argumento, Barba utiliza el concepto de régimen de bienestar para analizar los efectos de las reformas económicas y sociales del contexto neoliberal de los ochenta y noventa en la región, con procesos de ajuste y estabilización económica y la inauguración de una nueva agenda social. En el trabajo se vislumbran unos tipos de regímenes que agrupan a los sistemas de prestaciones sociales regionales y se muestra el carácter desigual de los procesos de reforma en cada uno de esos conjuntos. En un trabajo posterior, Barba (2011) presenta los conceptos de paradigmas y regímenes de bienestar. Desde aquí se indica la necesidad de ir más allá del enfoque original de Esping-Andersen y distinguir entre construcciones heurísticas (paradigmas) y reconstrucciones empíricas (regímenes). Se sostiene que en cada régimen, en distintas etapas, diversos paradigmas pueden articularse, yuxtaponerse o incluso entrar en conflicto. Entre los primeros paradigmas identifica: el de la filantropía privada y el precarista o de las leyes de pobres; y entre los paradigmas del siglo XX identifica: el residual o marginal; el corporativo o conservador (también llamado de ‘seguro social’) y el universalista o institucional (Barba, 2011).

Sin embargo, estos estudios, a pesar de revelar lo fructífero que resultaba utilizar la literatura sobre regímenes de bienestar, exponían importantes vacíos teóricos y empíricos ya que la unidad de análisis seguía siendo el Estado antes que el régimen de bienestar y el género y la división sexual del trabajo, que estaban ausentes de los arreglos sociales que dan lugar a los regímenes de bienestar (Martínez, 2008). Esto resultaba un contrasentido teniendo en cuenta que en su mayoría se trataba de regímenes de bienestar no estatales (Martínez & Voorend, 2009). Así pues, según estos autores, si bien la noción de régimen de bienestar fue inicialmente pensada para dar cuenta de las variedades de capitalismo en el mundo desarrollado y se trataba de sociedades en las que el Estado tenía una importante presencia, la adaptación para dar cuenta de los países del Sur del planeta como los de la región latinoamericana debía capturar que allí los Estados y las políticas distributivas resultan frágiles y menos extendidas y, por ende, en general se trata de regímenes de bienestar, donde el Estado cumple un papel subsidiario. Dicho esto, la presente constatación no supone dejar de analizar al Estado porque por

acción u omisión participa en las políticas de extracción de recursos para distribuirlos, define la regulación que se dará a los mercados, en particular al laboral, e interviene por ello en la regulación de las relaciones sociales entre capital y trabajo, entre ciudadanía y Estado y entre hombres y mujeres (Martínez & Voorend, 2009).

Martínez Franzoni, recuperando ya no solo la literatura seminal sobre la temática sino sus aplicaciones a nuestra región y, fundamentalmente, la crítica feminista al enfoque continental, realiza un importante esfuerzo comparativo para estudiar las realidades del bienestar en América Latina (Martínez, 2008; Martínez & Voorend, 2009). Una de las principales aportaciones del trabajo de la autora debe inscribirse en la recuperación del tema de la participación de las familias en la producción del bienestar mediante el trabajo no remunerado que en tales unidades tiene lugar, y de tal forma, visibilizar el papel de las mujeres en dicha producción. Por ello si bien el esfuerzo investigativo de Martínez Franzoni cuenta con los antecedentes de toda la bibliografía europea de primera, segunda y tercera generación sobre Estados y regímenes de bienestar (la que incluye las críticas especialmente provenientes de las corrientes feministas) (Esping-Andersen, 2000), así como lo generado por los primeros esfuerzos intelectuales para los contextos latinoamericanos, su análisis es el único que incorpora a nuestra región la perspectiva más actualizada sobre régimen de bienestar y lo hace teniendo en cuenta las particularidades de nuestros escenarios.

Esping-Andersen, en su versión actualizada (2000) ya plantea que capturar lo que sucede en las familias, en su anterior medición del nexo bienestar-familia, conlleva importantes dificultades y ambigüedades. Por ejemplo, los servicios que se autoproveen las familias en tanto no están monetarizados no suelen aparecer en las estadísticas nacionales. Respecto a los datos relativos a la distribución del tiempo, si bien permiten realizar estimaciones sobre la intensidad de autoservicios familiares, los considera de incierta veracidad. También identifica otras mediciones no directas como la cohabitación de tres generaciones distintas en un hogar presumiendo que a los ancianos los cuiden los hijos con los que viven y viceversa o a través de la falta de provisión de bienestar por parte del estado (o del mercado), como por ejemplo, la inexistencia de atención a la infancia o de servicios orientados a los nacionales. Desde este lugar, aduciendo justificaciones metodológicas, plantea la necesidad de adoptar un planteamiento ecléctico.

Por ello, si bien el autor en su investigación incorpora tales mediciones indirectas, termina concentrándose en cuestiones ligadas al mercado formal de trabajo. Esto se comprende, también y nuevamente, por las particularidades que asumen los países desarrollados que están bajo su análisis. Por el contrario, Martínez Franzoni (2005b) que tiene muy en cuenta que en América Latina los Estados tienen una presencia relativa, sus mercados laborales tienen grados variables de capacidad para integrar formalmente a toda la población y las familias y redes de apoyo cumplen un papel predominante, decide trabajar con indicadores del mercado laboral pero coloca gran relevancia a las referidas mediciones indirectas. Por ejemplo, encuestas de uso del tiempo (Martínez & Voorend, 2009), análisis cualitativos de documentación y estudios sobre programas claves (como los de transferencias monetarias condicionadas) e inclusive incorpora fuentes primarias como entrevistas y grupos focales (Martínez & Voorend, 2009).

Debe señalarse que investigaciones de Martínez Franzoni se concentraron fundamentalmente en lo acontecido durante el ciclo neoliberal. Sus investigaciones más relevantes utilizan fuentes estadísticas e indicadores que abarcan los años 1999-2004 y 1998-2003. Inclusive su documento de 2009 trabaja mayoritariamente con datos del 2004, y para la sección de uso del tiempo en donde se citan encuestas de diversos países de América Latina que llegan al 2008 (como Colombia o Venezuela) termina centrándose en información del 2004-2005 y solo se analizan dos países (Costa Rica y El Salvador). En este sentido puede afirmarse que deja por el momento lagunas para pensar las transiciones (con sus continuidades, cambios y hasta vacíos) que parecen estar involucradas en aquellos países que han impugnado las orientaciones normativas y las políticas del modelo *laissez faire*.

Conviene recordar que con el triunfo electoral en 1998 de Hugo Chávez en Venezuela se abre un periodo de cambio en América Latina. Si bien cada experiencia nacional despliega sus propias especificidades, buena parte de estas han asumido al menos discursivamente como objetivo desmontar el núcleo duro de la agenda neoliberal y recuperar ciertas funciones de bienestar social y regulación económica, como se venía realizando aunque de modo muy desigual en los años previos al ajuste estructural (Ramírez, 2006). Tales procesos han buscado revertir (con mayor o menor éxito) las condiciones materiales y simbólicas heredadas de la implementación durante más de

dos décadas de políticas neoliberales derivadas del Consenso de Washington, las cuales se caracterizaron por promover la flexibilización laboral, la privatización, la desregulación, la apertura de las cuentas comercial y financiera, la reducción del tamaño del Estado, etc. (Falconí & Muñoz, 2012); y que terminaron provocando, entre otros efectos, el aumento de la desigualdad y la pobreza, una redistribución regresiva del ingreso, así como la reproducción de una estructura productiva ociosa y rentista, enfocada más en los beneficios del comercio exterior de materias primas, que en la satisfacción de las necesidades del país.

A partir de la reflexión alrededor de las dimensiones utilizadas en trabajos previos sobre regímenes de bienestar en los países del centro y de la periferia, es importante introducirnos en los regímenes de bienestar, fruto de las transformaciones estatales acaecidas en la región latinoamericana en el contexto de crisis según consenso de Washington. Con la finalidad de captar mejor esta realidad en el siglo XXI.

El estudio de Estados de bienestar en el siglo XXI discurre en tres momentos: geográficamente en América Latina, temporalmente en un periodo posconsenso de Washington y culturalmente en un contexto con mayor complejidad y con la identificación de nuevos riesgos sociales (Ramírez & Minteguiaga, 2007).

Los autores citados en el anterior apartado hacen un importante trabajo al conseguir situar el debate en América Latina. Así pues, se tiene en cuenta la debilidad institucional del Estado y la dificultad de producción en la política pública, el importante peso de la informalidad en el mercado de trabajo, o la relevancia de la esfera familiar y, en algunos casos, la comunitaria como proveedora de bienestar y cuidados. Tres son los elementos que se apuntan para añadir complejidad: la traslación del uso de mercantilización a calidad del mercado de trabajo; la importancia de la dimensión de estratificación para captar el debate sobre la universalidad/focalización de las políticas contra la pobreza; y la importancia de considerar fractura de etnia en la dimensión de impactos en desigualdades.

Esping-Andersen (1993, 2000), aunque se refiere al término de mercantilización, no profundiza en su análisis. Se comprende que sea una dimensión secundaria para el autor, ya que su investigación versa sobre regímenes de bienestar keynesiano-fordistas



en los países desarrollados. En otras palabras, se refiere a sociedades que tendían al pleno empleo masculino, con una importante regulación laboral y destacable presencia de la afiliación a la seguridad social. El debate en estos países empieza a ser relevante cuando se politiza la fractura de género y se rompe la centralidad del modelo de trabajo productivo predominante en los 30 gloriosos y empieza a surgir como problema el paro y la precariedad laboral.

Ese concepto lo recupera de manera interesante Martínez Franzoni (2007), teniendo presente que es importante considerar esta dimensión en unos países donde el mercado de trabajo es preponderantemente informal e inestable. Así pues, para la autora, interesa por eso determinar el grado en que, efectivamente, los países logran mercantilizar su fuerza de trabajo. Refleja la capacidad del mercado laboral para proveer trabajo remunerado, así como la calidad de dicho trabajo según estabilidad, protección social y otras garantías laborales. Si esta es la definición, creemos que es más adecuado hacer referencia a la calidad del mercado de trabajo por dos cuestiones: desde un punto de vista conceptual, el objetivo es la inclusión social, la asunción de ciudadanía plena mediante la participación, con calidad, en el mercado de trabajo, y por lo tanto se prefiere poner el acento en la calidad, desde un punto de vista instrumental, para no causar confusión, aunque tenga relación, con el concepto de desmercantilización que posee una referencia más clara al acceso a servicios y prestaciones (Mintegiuga & Ubasart, 2013).

También cabe apuntar la necesidad de recuperar la dimensión de estratificación, aunque de una manera diversa a la que hace Esping-Andersen para realizar el estudio de los regímenes de bienestar en América Latina. Para este autor es importante considerar esta dimensión ya que el Estado del bienestar no es solo un mecanismo que interviene en la estructura de desigualdad y posiblemente la corrige; es un sistema de estratificación en sí mismo, es una fuerza activa en el ordenamiento de las relaciones sociales. Este concepto permite introducir el debate planteado por Korpi y Palme (1998) sobre las estrategias universalistas versus focalizadoras.

Por otro lado, Martínez Franzoni (2007) substituye la dimensión de estratificación por la idea de rendimiento. Así pues, afirma que finalmente está el desempeño del régimen, independientemente del tipo de prácticas, mercantiles o no, a las que se deba. En vista

de las extremas desigualdades que hay en la región, es importante considerar no solo prácticas de asignación de recursos, sino también sus resultados en términos de mejores o peores condiciones de vida para la población o impactos en las desigualdades. Además, conviene apuntar que existe una fractura importante de considerar en el contexto de América Latina: la etnia. Junto al clivaje de clase y género, deviene fundamental en muchos países de la región observar cómo opera la etnia.

En un segundo momento apuntar que si situamos en análisis en un contexto posconsenso de Washington no se puede olvidar del debate sobre la asunción de responsabilidades por parte de la esfera estatal o la esfera social/comunitaria. Es alrededor de la idea de Estado mínimo que se ha desarrollado la reflexión; así unos piensan que la responsabilidad para garantizar el bienestar debe devolverse a la comunidad. Se aboga por la desburocratización y la autogestión comunitaria de forma que sea más localizada y menos jerarquizada. Por otro lado, los neoconservadores y neoliberales son, por ejemplo, partidarios de que la responsabilidad del bienestar recaiga en las familias y mercado (Del Pino: 2004). Esta cuestión ha generado un debate bastante fructífero en la literatura sobre Estado del bienestar y políticas sociales y conviene recuperarlo para el caso del análisis de los regímenes de bienestar en América Latina, sobre todo porque las políticas impulsadas en el periodo del consenso de Washington priorizaron el ámbito social/comunitario (comunidades y organizaciones sociales) y el privado; por eso cabe pensar que las opciones progresistas, en una realidad de debilidad institucional, tenderán a desmontar este legado.

Finalmente, es necesario situar la reflexión en pleno siglo XXI y ser conscientes de la complejidad cada vez mayor en nuestras sociedades. Pues, dos elementos surgidos en distinta literatura (europea o latinoamericana), que pueden ser complementarios, se apunta: existiendo toda una importante reflexión sobre el surgimiento de nuevos riesgos sociales; también nuevas perspectivas normativas como el buen vivir o el vivir bien como alternativas a la idea de desarrollo.

En la obra de Del Pino (2004), se pueden considerar como nuevos riesgos sociales: el problema de la conciliación de la vida familiar y laboral, la maternidad/paternidad individual, la fragilidad de la tercera edad, la posesión de habilidades obsoletas o escasas y la insuficiente cobertura en la protección social; es decir, se requieren

transformaciones en las políticas sociales tradicionales para poder hacer frente también a estas cuestiones. Pero no solo desde los países desarrollados se apuntan nuevas agendas.

Es destacable en ese sentido la introducción de apuestas por el Buen Vivir o el Vivir Bien que suponen una impugnación del concepto de desarrollo clásico, en países como Ecuador o Bolivia, donde se introducen como cuestiones importantes la idea de los derechos de la naturaleza y la crítica al consumismo; y la importancia de la participación y la proximidad en las políticas. Aparece como una cuestión en la que todavía no se ha profundizado mucho, aunque esté causando importantes debates en el campo de las intervenciones estatales y las políticas sociales en concreto, que es la laicidad: la garantía de libertad de conciencia y los encuentros entre diferentes.

### ***3.5.1. Tipologías de los Estados de bienestar***

Si en vez de concentrarnos en las características compartidas, prestamos atención a las diferencias y matices que existen entre los países de América Latina, desde finales de los 80 se han desarrollado tipologías distintas dentro de los países de América Latina, y que han podido reflejar heterogeneidades existentes en la región. Carmelo Mesa Lago (2004), identificó tres conjuntos de países de acuerdo al momento histórico en que los países conformaron sus sistemas de seguridad social. Por un lado estaban los países pioneros, quienes establecieron estos sistemas en la década de los 20 y 30 del siglo pasado (Brasil, Chile, Argentina, Uruguay y Costa Rica); por el otro lado, estaba el grupo intermedio, conformado por Colombia, Ecuador y Perú entre otros, quienes desarrollaron en las décadas de los 40 y 50 con menor cobertura y menor estratificación; y, finalmente, se encontraban los países tardíos, conformados por Paraguay, Bolivia y Honduras entre otros, quienes recién introdujeron este tipo de programas sociales hacia finales de los 60 (Mesa Lago, 2004).

Una segunda tipología muy importante es la desplegada por Fernando Filgueira, que principalmente asoció el desarrollo de las políticas sociales al proceso de industrialización por sustitución de importaciones- ISI, dentro de los países de América Latina en los años 40. En la misma, se reconoce tres grandes grupos de países: los que poseen un sistema denominado universalismo estratificado; los que desarrollaron

regímenes duales de protección social; y aquellos sistemas clasificados como excluyentes (Filgueira, 2007).

Dentro de los sistemas denominados universalistas estratificados se encontraban países como: Argentina, Uruguay, Chile y Panamá. Sus estructuras de bienestar lograron disimularse gracias a los altos niveles de gasto público social en relación al resto de la región (Filgueira, 2007).

Continuando con los tipos de regímenes de bienestar ‘duales’ identificados por Filgueira, dentro de este grupo tenemos: Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela caracterizados por presentar valores de desarrollo humano medio. En ellos, las sociedades se encuentran partidas casi a la mitad en lo referido a su inserción en sistemas de protección social. La razón de esta dualidad se encuentra justamente en la fragilidad o la incapacidad del mercado formal de trabajo de incorporar a mayores porciones de la población.

Finalmente, los países que presentan niveles de desarrollo humano bajo tienen coincidentemente sistemas excluyentes de protección. Así, países como Bolivia, Paraguay, Honduras o Nicaragua no tienen asegurado el acceso a bienes públicos esenciales para toda la población, orientando las políticas públicas sanitarias hacia la focalización de las prestaciones de salud en vez de tender hacia un sistema de base universal (Filgueira, 2007).

Una tercera tipología que merece la pena ser resaltada es la elaborada por Gough y Wood (2004). La presencia de las instituciones estatales es muy débil, ya sea como productor o como regulador de bienestar, al tiempo que el mercado laboral no funciona como el integrador social por excelencia. La informalidad es el rasgo característico que identifica a los países latinoamericanos.

Barrientos en el 2004, caracterizó en líneas generales a la primera versión de los regímenes de bienestar de la región como conservadores-informales, la existencia de un sistema de seguridad social fuertemente estratificado, es lo que diferenciaba justamente el carácter informal de estos arreglos, lo que implicaba entre otras cosas la exclusión de una parte importante de la población. Las principales transformaciones y reformas que

se dieron durante la década de los 90 dieron lugar a un cambio en la orientación hacia esquemas más liberales de protección, aunque manteniendo el carácter informal (Lloyd Sherlock, 2009).

Finalmente, dentro de las tipologías regionales que merecen la pena ser mencionadas, aparece el análisis de grupos realizado por Juliana Martínez Franzoni (2007), quien identificó cuatro conglomerados de países a partir de las siguientes dimensiones: el acceso al mercado laboral y a los ingresos; la participación relativa de las familias, la inclusión y la movilidad social; la mortalidad infantil, esperanza de vida, pobreza, entre otros indicadores; y las condiciones sociodemográficas y socioeconómicas de cada país. De esta manera, encontramos países con un régimen productivista informal (Argentina, Chile y Uruguay), régimen proteccionista informal (Brasil, Panamá y Ecuador), régimen informal-asistencial y régimen altamente informal (Bolivia y Paraguay).

Martínez Franzoni (2006), su estudio se concentra en 18 países de América Latina, se desarrolla a partir del concepto de regímenes o Estados de bienestar de Esping-Andersen (1993, 2000) y agrega perspectivas feministas como la de Orloff (1993, 2009). Parte de que todos los regímenes latinoamericanos son, en alguna medida, informales, en tanto una proporción de la población no puede lidiar razonablemente con los riesgos sociales mediante su participación en los mercados laborales o en los servicios públicos, debido a lo cual una proporción variable de la población en alguna medida depende de arreglos familiares y comunitarios (Martínez, 2006).

### ***3.5.2. Evolución y reformas de los Estados de bienestar***

Manteniendo las particularidades de cada grupo de países, entre las décadas del cincuenta y sesenta, la región vivió el auge del modelo de crecimiento denominado Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI), y que tuvo como elemento distintivo una importante presencia de las instituciones estatales como promotoras y financiadoras, aunque también muchas como ejecutoras de un intento de reorientar la matriz productiva y alcanzar una menor dependencia de las importaciones de productos de alta industrialización. En líneas generales, este proceso coincidió con la llamada edad de oro del capitalismo de los Estados industrializados de occidente y con la hegemonía de los Estados de bienestar y de la gestión de corte keynesiano de la economía.

Como fue esbozado anteriormente, hasta inicios de la década del ochenta, los países con estructuras de bienestar del universalismo estratificado mostraban como principales componentes de la protección social tres patrones característicos de los países del Sur de Europa: seguros sociales que protegían a los trabajadores del sector formal; asistencia social residual; y regulación del mercado laboral basada en la protección del empleo. Sin embargo, en contraste con estos países, estos mecanismos de protección no alcanzaron a la mayoría de la fuerza de trabajo que se encontraba en el sector informal (Barrientos & Santibáñez, 2009).

Pero a partir de finales de la década del setenta, el modelo de crecimiento comenzó a presentar diversos problemas. Dicha situación de crisis estructural y sistémica se puede advertir, con diferentes niveles de intensidad, en los siguientes niveles. Por un lado, crisis de gobierno que entre otras cosas determinó que un sinnúmero de altos mandos — muchas veces los propios presidentes— tuvieran que abandonar los cargos antes de finalizar su mandato. Este movimiento suele estar acompañado por erráticos cambios de políticas públicas y por una generalizada sensación de que no se logra estabilizar ningún poder público. Por otra parte, también existió una crisis de régimen, que implicó competencia entre las elites por imponer diferentes canales de representación y, sobre todo, gobierno. Una tercera crisis es la de acumulación, que llevó a que ciertos intereses se vieran desafiados por las clases subordinadas, por lo que era necesario ponerlas en su lugar. Finalmente, en este período confluyó una crisis social o de dominación. Esto se basó en la aparición de comportamientos y abstenciones de clases subordinadas que ya no se ajustan, regulan la reproducción de las relaciones sociales centrales en una sociedad capitalista. Rebeldía, subversión, desorden, indisciplina laboral son términos que montan situaciones en las que aparece amenazada la continuidad de prácticas y actitudes, antes denominadas como naturales de clases y sectores subordinados (Vásquez, 2005).

Sin embargo, a diferencia de la mayoría de las respuestas que se produjeron en Europa o en el resto del mundo anglosajón, esta situación derivó en América Latina en una proliferación de golpes de Estado de corte cívico-militar que instalaron regímenes que pueden ser denominados como burocrático-autoritarios (Demmke, 2010). Estos nuevos regímenes fueron los encargados de iniciar con éxito la instalación de un nuevo modelo de bienestar, de desarrollo económico y de inserción internacional. Las principales

características de estos Estados identificadas son: una base social de apoyo centrada en la gran burguesía, de carácter oligopólico y transnacionalizador; una resignificación del aparato coactivo del Estado con dos objetivos fundamentales: reinstaurar el orden social, sobre todo dentro del sector popular, y normalizar el funcionamiento de la economía; aplicación de un sistema de exclusión política de un sector específicamente identificado, con la intención de garantizar la dominación social; supresión de la ciudadanía política; también desarrolla un sistema de exclusión económica, mediante el fomento de un patrón de desarrollo favorable a las unidades oligopólicas del capital; aplicación de intentos sistemáticos por despolitizar las cuestiones sociales, a partir de criterios de pretendida objetividad y racionalidad técnica.

Igualmente, incluso dentro de un mismo marco de dictaduras militares, las particularidades nacionales determinaron que estos intentos reformistas, centrados en el retiro del Estado del ámbito económico y el desmantelamiento de las estructuras de bienestar, tuvieran desarrollos incluso en algunos casos muy disímiles. El paradigma de radicalidad en los cambios fue sin lugar a dudas el caso chileno bajo la dictadura de Pinochet. Estas reformas, diseñadas y llevadas a la práctica por tecnócratas neoliberales conocidos como los Chicago Boys, pudieron ser implementadas de forma cabal justamente como consecuencia del entorno autoritario en el que se inscribieron (Haggard & Kaufman, 2008). Este modelo, promovido como paradigma de reforma exitosa por los Organismos Financieros Internacionales (OFI), terminó de confirmar el rol fundamental de estos actores internacionales para la comprensión de determinadas opciones políticas tomadas por los diferentes Estados, como se analizará posteriormente con el papel jugado por el Banco Mundial en las reformas del sector salud en los noventa.

En Brasil, en cambio, este régimen estuvo en general menos propenso a retroceder lo avanzado en materia social, pero como contrapartida, al tiempo que el reforzamiento de estos programas tampoco era una opción, se comenzaron a instrumentar algunas de las medidas que serían centrales en la década siguiente: se descentralizaron servicios como forma de fragmentar el poder de las corporaciones pro bienestar como en Argentina; y se comenzaron a desfinanciar por la vía de los hechos a los servicios públicos, por ejemplo a través de la pérdida de valor presupuestal por el aumento de la inflación como en Uruguay (Domínguez & Soares, 2007).

A partir de la década de los noventa, cuando estos problemas reseñados anteriormente se colocan de manera prioritaria en la agenda política del continente, las respuestas ensayadas en prácticamente todos los países respondieron a la lógica dominante a nivel global: el desmantelamiento de las estructuras de bienestar y de la adopción de estrategias residuales y focalizadas de provisión de bienes y servicios públicos (Sojo, 2007; Repetto, 2010). Los resultados más visibles de esta lógica se pueden advertir en los niveles y distribución sectorial del gasto público social estables en el tiempo y distribuidos a partir de la prioridad a esfuerzos dispersos dentro de la Administración Pública y dentro del entramado económico y social; el endurecimiento de los criterios de elegibilidad para poder acceder a los sistemas de protección social; sumados a los procesos de privatización de dichos sistemas y al apoyo estatal vía subsidios para la realización de dichas actividades.

Particularmente en materia de institucionalidad social, los tres procesos que caracterizaron a las reformas llevadas adelante en la región durante este período fueron: la desestatización, la descentralización y la focalización. Mediante la desestatización, se produjo una transferencia de responsabilidades desde ámbitos estatales hacia los diversos actores privados; la descentralización complementariamente, implicó entre otras cosas la redistribución de responsabilidades políticas y económicas de los diferentes servicios públicos en beneficio de las unidades de gobierno sub nacionales; y finalmente la focalización fue el nuevo objetivo de la intervención pública en materia social.

Estos movimientos, a diferencia de las orientaciones de cambio prevalecientes en la década del ochenta mencionadas anteriormente, tuvieron como contrapartida la construcción de un nuevo tipo de Estado, que en este caso se debería orientar principalmente a tareas de regulación y en el mejor de los casos seguimiento y evaluación de la provisión de bienes y servicios públicos desarrollada por actores privados, arreglos público-privado, comunitarios o públicos de nivel sub nacional. De modo que las relaciones contractuales en sustitución a las jerárquicas identificadas en materia de gestión de los recursos humanos también comenzaron a prevalecer como forma de vínculo esencial entre principal y agente o entre diseñador y proveedor. La amplitud y el grado de profundización de este proceso variaron notoriamente, no sólo entre países de la región, sino también entre las diferentes áreas de política social, entre



otras cosas a partir de la configuración previa del sistema, la distribución de poder entre los diferentes actores involucrados, entre otras.

Pero de cualquier manera, los efectos de este proceso, sumados a la incidencia también dispar de la descentralización administrativa en algunos casos y financiera en otros determinaron una acentuación de algunos de los peores rasgos de las matrices tradicionales de bienestar: la fragmentación de las políticas y la gran diferenciación de la calidad y cantidad de servicios según la pertenencia o no a determinados grupos específicos de la población, que en algunos casos podían estar determinados por el nivel de ingresos, y en otros se derivaban de la pertenencia a determinado grupo ocupacional. Estas cuestiones impactaron directamente sobre la noción de ciudadanía social de una sociedad determinada, pero además, le planteó también una serie de retos institucionales a las estructuras públicas: fundamentalmente el de la coordinación y el abordaje intersectorial de las políticas públicas sociales.

Dichos retos aparecen determinados, tanto por las características de los nuevos riesgos sociales a los que las acciones públicas deben hacer frente, como por algunos problemas asociados a la configuración particular para dicha provisión que se mencionaba recién. Fenómenos como la pobreza estructural, la indigencia y en definitiva, la exclusión social, no son problemas que puedan ser abordados desde una lógica meramente sectorial, ya que justamente una de sus principales características es la complejidad de los mismos. Solamente para poner un ejemplo, la reducción de la mortalidad infantil no depende exclusivamente de los esfuerzos en materia de política sanitaria, y mucho menos cuando la población objetivo comparte además un conjunto determinado de carencias críticas asociadas a los ingresos, las condiciones de la vivienda, el saneamiento, la educación de los miembros de la familia, entre otras.

Pero a la complejidad intrínseca del objeto de intervención, se le agrega por otra parte que las soluciones político-institucionales construidas durante los años noventa para revertir estos procesos justamente se orientaron en el sentido contrario: fundamentalmente se optó por una lógica de proliferación de programas pequeños, aislados entre sí, financiados a partir de recursos provenientes de la cooperación internacional o de préstamos de los OFIs, y en la mayoría de los casos radicados institucionalmente en la órbita del Poder Ejecutivo respectivo, con control casi directo

por parte de la figura presidencial. El efecto de estos programas fue diverso. Por un lado, determinó una fuerte desarticulación de la lógica sistémica que antaño se le pretendía dar a la política social en su conjunto. Pero además, no se logró uno de los principales cometidos de estas iniciativas, que era la de racionalizar y llegar efectivamente a la población que necesitaba de la ayuda de los recursos públicos, básicamente debido a que los mismos carecieron de cualquier tipo de articulación o control político, lo que derivó en la superposición de las mismas en determinadas regiones, o poblaciones-objetivo, quedando de esta manera gran parte del universo poblacional carenciado por fuera de los beneficios de estos programas (Repetto & Andrenacci, 2006).

La preferencia por la radicalización institucional de estos programas en la órbita presidencial, significó más allá de las cuestiones asociadas al rédito político que de las mismas se pensaba obtener, la generación de mecanismos directos de la institucionalidad existente (Midaglia et al, 2010). Una de las consecuencias principales de este proceso consistió en que fuera mucho más sencillo generar estructuras de gestión paralelas en muchos casos fuertemente profesionalizadas gracias a las importantes sumas de recursos aportados desde los organismos internacionales a las ya existentes, que asumir políticamente los posibles costos de reformar efectivamente al núcleo duro del Estado. Este tema remite directamente al de la construcción de capacidades estatales, que con el paso de los años se ha convertido recurrentemente en el centro de cualquier proceso de reforma tanto institucional como político de las diferentes estructuras estatales.

Repasada la evolución histórica de los regímenes de bienestar en América Latina, se podría decir que en los términos planteados por Pierson, que los ajustes y reformas en las políticas de bienestar de este conjunto de países durante la década del noventa han optado predominantemente por seguir una lógica de ajuste orientado a la remercantilización, aunque los mismos no parecen haber redundado en el quiebre de la lógica corporativa y fragmentada predominante en estos casos.

En la última década sin embargo, el acceso al gobierno de una serie de partidos políticos identificados como progresistas al estilo socialdemócrata europeo como en Venezuela, Brasil, Ecuador, Bolivia, Uruguay, Argentina y otros, se ha intentado revertir estas

políticas que no sólo no resolvieron los problemas existentes sino que en muchos casos los agravaron.

Así, poniendo el énfasis en los países del Cono Sur, se advierten por ejemplo algunos esfuerzos institucionales por cambiar la lógica de atomización de programas y de provisión focalizada de servicios, bajo el argumento de la necesidad de comenzar a avanzar hacia mecanismos de mayor coordinación política de parte de las autoridades electas democráticamente, resolviendo así muchos de los problemas que se le achacaron a los modelos anteriores de políticas sociales: superposición de funciones, poca capacidad para llegar a la totalidad del grupo objetivo de beneficiarios, niveles de prestaciones poco progresivas, etc. Estos cambios estuvieron también acompañados del reconocimiento político, y también académico, de que los nuevos riesgos sociales pobreza, exclusión creciente o infantilización de la pobreza entre otros deben ser abordados de forma integral, trascendiendo lógicas sectoriales de intervención. La materialización de algunas de estas aspiraciones pueden observarse en estos países con la creación de los llamados Ministerios Sociales, y otras instancias de coordinación como los Gabinetes de Desarrollo Social (Chile desde el 2001) o el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales en Argentina, desde inicios de la década del 2000; aunque la consolidación de estas organizaciones aún está por definirse (Midaglia et al, 2010).

Dentro de estos nuevos marcos institucionales se comenzó a procesar también un giro en las políticas sociales, las que primordialmente pasaron a ocuparse de la asistencia social, a través fundamentalmente de programas de gran alcance pero focalizados en la reducción de la pobreza y la vulnerabilidad social. El instrumento preferido para estas políticas fueron las transferencias condicionadas de renta, complementadas con pensiones de carácter no contributivo (Barrientos & Santibáñez, 2009). Dentro de la proliferación de estos planes – con impactos y funcionamientos dispares – vale la pena mencionar como ejemplos al Progreso/Oportunidades de México, al Bolsa Familia de Brasil o al PANES (Programa de Atención Nacional a la Emergencia Social) en Uruguay. Las mismas se vinieron a instalar en un contexto en el cual, a partir de las consecuencias que tuvo la apertura comercial y financiera sobre la desregulación del mercado de trabajo, el peso y capacidad de veto y presión de los sindicatos se veía muy limitada. Este hecho en parte puede aportar parte de las razones por las que en esta

época se da esa aparente paradoja de que los principales cambios en política social vengan por el lado de beneficiar a aquellos sin voz, en algunos casos sin beneficiar directamente a aquellos colectivos que integraron históricamente la coalición de apoyo a la expansión de las estructuras tradicionales de bienestar (Riesco, 2009).

Un rasgo distintivo de estos programas es la búsqueda por combinar transferencias directas con la provisión de servicios, en un intento de promover la creación de capital humano. Esto implica entre otras cosas que si bien existe un apoyo explícito a la importancia de la salud y la educación como condicionantes a la hora de alcanzar mejores niveles de vida, también se reconozca como fundamental que dichos servicios por sí solos no pueden sacar a la gente de la pobreza y la exclusión, entre otras cosas debido a que la propia configuración de dichos servicios muchas veces le impone costos relativos al acceso de los mismos, que terminan oficiando como barreras a la entrada a pesar de la garantía formal de acceso.

No es casual que este tipo de políticas hayan aparecido fundamentalmente en países de renta media, con un Estado de Bienestar que si bien tiene un desarrollo importante no alcanza los niveles de los países europeos. Es que en estos contextos de Estado de Bienestar, en el sentido del escaso alcance de algunas de las principales políticas, en líneas generales las iniciativas públicas no terminaban de llegar a los más carenciados, por lo que a pesar de no tener niveles bajos de gasto público social de hecho los datos muestran un crecimiento del gasto público social en los últimos 15 años (CEPAL, 2014), el mismo no redundaba en una caída importante de los niveles de pobreza y desigualdad existentes.

En el siglo XXI, con la reconfiguración de la dimensión estatal-nacional de la política y de la acción pública no es la única apuesta de los gobiernos progresistas sudamericanos para elevar su autonomía con respecto a los mercados globales. A ello debe agregarse la configuración de un espacio político regional (UNASUR, CELAC, ALBA) como dinámica fundamental en la tensión con la estructura global de poder. Los países que conforman esta nueva forma de regionalismo tienen aproximaciones similares en materia de acceso a la salud, educación, seguridad ciudadana, ambiente (particularmente el calentamiento global), de defensa de los recursos naturales, y de preservación y potenciación de la soberanía de los Estados en sus procesos internos de toma de

decisión. Mientras hay escenarios amplios en los que se comparten visiones con países de mercados abiertos, como CELAC o UNASUR, hay otros en los que la afinidad de los proyectos políticos permite asociaciones más cercanas y visiones estratégicas mejor consolidadas, como en el caso de la ALBA.

La multiplicidad de opciones y de instituciones que caracteriza el contexto de la integración regional de América Latina no ha generado problemas para el procesamiento de sus agendas. El Ecuador ha podido coexistir y potenciar su presencia internacional a través de los numerosos organismos de los que forma parte. Incluso en el caso de la Comunidad Andina, que es una de las instancias de integración más erosionadas, las relaciones comerciales bilaterales con los países vecinos encuentran un cauce.

El nuevo regionalismo buscado por el Ecuador expresa necesidades latinoamericanas, como la prioridad de diversificar las relaciones internacionales, neutralizar las pretensiones hegemónicas y afirmar la legítima capacidad de regulación de los Estados en sus territorios. Se trata de una coyuntura regional en la que, luego de dos décadas de resistencia social al avance neoliberal, se abre un contexto favorable de oportunidad para disputar la reorientación de la acción estatal, en procura de sostener proyectos específicos nacionales, defender los intereses de las mayorías, producir bienes colectivos y servicios públicos comunes, y confrontar las lógicas excluyentes e inequitativas sobre las que se funda el capitalismo.

En el actual escenario económico internacional, Latinoamérica está obligada a consolidar su integración en todos los frentes. El lema del escudo de la primera nación latinoamericana en independizarse del colonialismo europeo proclama: La unión hace la fuerza; la consigna de Haití sigue vigente ahora, más de doscientos años después.

El sueño del Libertador Simón Bolívar de una patria grande se ha transformado hoy en un imperativo: “Nos unimos o nos hundimos”.

Por otra parte, si bien esta concepción, si se quiere multidimensional, de la política social, implica necesariamente que las instituciones estatales tradicionales de bienestar

se vean desafiadas política y administrativamente ante la necesidad de coordinar interinstitucionalmente para una correcta gestión de estas iniciativas públicas.

### *3.6. El Estado de Bienestar del Buen Vivir en Ecuador*

En el Ecuador, luego de un largo ciclo de turbulencia política en el que ningún presidente electo entre 1996 y 2006 pudo terminar su periodo de gobierno y de un tortuoso avance de la agenda neoliberal, hubo una nueva correlación de fuerzas políticas que marco un cambio en la agenda política y gubernamental.

Dicho punto de inflexión estuvo directamente ligado con: a) el arribo al poder (2006) de una fuerza política Movimiento Alianza PAIS (AP) que se presentó ante la opinión pública como de vocación transformacional y orientación anti sistémica; b) la instalación de la Asamblea Constituyente (2007-2008); y c) la consolidación de una agenda política que tuvo como principal desafío poner fin al predominio neoliberal.

Aunque tales factores están relacionados entre sí, los avances de AP en la lucha política permiten la apertura progresiva de una nueva agenda pública que, a la vez, eleva las opciones de que el conflicto político se dirima a favor del cambio.

Por un lado está la evolución de la lucha política en particular, en su dimensión electoral y, por otro, la configuración de la nueva agenda pública y los visos de salida del neoliberalismo. Entre una y otra dimensión analítica conviene situar un conjunto de iniciativas gubernamentales que, al fortalecer la matriz de poder estatal, contribuyen a la consolidación de la fuerza transformacional y a la institucionalización de su agenda de cambio en el tiempo.

En el terreno de la lucha política y de la dinámica electoral, desatadas desde fines del año 2006, pueden apreciarse dos grandes tendencias. Por un lado, la irrupción y progresiva consolidación de AP como actor hegemónico y fuerza mayoritaria en el sistema político ecuatoriano. Por el otro, un paulatino estrechamiento del campo de influencia, como los niveles de apoyo electoral de los actores políticos que emergieron con el retorno democrático a fines de los setenta del siglo pasado (PSC, ID, DP-UDC, PRE, MPD) e, incluso, de aquellos que tomaron su relevo con el cambio de siglo (PSP,

PRIAN, PK). Se trata de un proceso radical de reestructuración del sistema político y de los viejos y nuevos actores que orbitaron su entorno. La consolidación política de la Revolución Ciudadana está dada por su enorme respaldo popular, sus planteamientos programáticos y su capacidad de suscitar e innovar políticas públicas. Las fuerzas del establecimiento político fueron debilitadas en el contexto de la emergencia de un movimiento que llegó al poder con la promesa de reformar la vida política, poner fin al dominio de los partidos tradicionales (la “partidocracia”) y superar el neoliberalismo. A su vez, hay un deterioro de la fuerza, la influencia y el respaldo popular de los partidos y movimientos que controlaron las instituciones democráticas entre 1979 y 2005.

El definitivo declive de tales fuerzas ocurrió, no obstante, en medio de elevados niveles de conflicto político y en el curso de siete procesos electorales entre 2007 y 2013 en los que se ratificó el desgaste de su soporte popular y de su legitimidad democrática. Dicho ciclo electoral atravesó cuatro momentos de fuerte intensidad política: a) la emergencia de la fuerza transformacional (2006-2007); b) el despliegue del proceso constituyente y el declive de las fuerzas tradicionales (2007-2008); c) la consolidación nacional de la Revolución Ciudadana (2009-2011), pese al claro intento de golpe de Estado del 30 de septiembre de 2010; y d) la ratificación popular del proceso de cambio (2013). Cada uno de estos momentos reajustó las líneas del cambio en las correlaciones de fuerza e hizo visible el doble proceso de consolidación hegemónica de AP y de desgaste de una amplia gama de actores políticos que, en su momento, comandaron el juego democrático en el Ecuador.

El 20 de abril del año 2005 se consumó el tercer derrocamiento presidencial en menos de diez años. Lucio Gutiérrez quien, a su vez, había encabezado la asonada indígena militar que expulsó del poder al demócrata-cristiano Jamil Mahuad en el año 2000 fue depuesto en medio de inmensas movilizaciones ciudadanas en contra de la intervención del Poder Ejecutivo en el Poder Judicial y de la pulverización de las mínimas instituciones del Estado de derecho.

La incapacidad y la complicidad del Congreso Nacional para fiscalizar tales acciones, lo colocaron también en el centro de la respuesta social al orden político imperante. La multitud movilizada no demandaba solo la destitución del presidente, sino que propugnaba una amplia agenda de reivindicación de derechos. Al igual que en las

protestas argentinas de fines del año 2001, los ciudadanos sublevados exigían “que se vayan todos”. De múltiples formas, el derrocamiento de Gutiérrez supuso un giro en la agenda pública. El nuevo presidente, Alfredo Palacio, dio señales de distanciamiento con la agenda del Consenso de Washington y con el Plan Colombia y, al mismo tiempo, tomo distancia de la política de cooperación plena con los Estados Unidos. El nuevo gobierno opto por la caducidad del contrato con la petrolera norteamericana OXY y, luego de contundentes movilizaciones sociales, postergo la decisión de continuar las negociaciones bilaterales del Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos. Se reformo, además, la Ley de Hidrocarburos, con el fin de mejorar los ingresos estatales provenientes de una renta petrolera en ascenso debido a los altos precios del crudo en el mercado internacional. La designación de Rafael Correa como ministro de Economía el primero que, desde inicios de los años noventa, no provenía de círculos empresariales ni estaba atado al canon fondomonetarista fue decisiva para la reorientación de tales excedentes presupuestarios hacia un incremento del gasto social (Vásconez et al, 2005).

El gobierno de Palacio no cumplió, sin embargo, con los principales cometidos que las movilizaciones de abril le habían demandado: la reforma política y la convocatoria a una Asamblea Constituyente. La oposición de los partidos políticos en el seno del Congreso y los múltiples errores de negociación del Poder Ejecutivo cancelaron dicha posibilidad y dejaron abierta la opción para que, en las elecciones de octubre del 2006, pudieran posicionarse abiertamente las agendas de cambio político radical.

El marcado acento anti partidista de la campaña electoral de Rafael Correa recogió, en gran parte, las demandas populares: una renovación de las elites dirigentes, la convocatoria a una Asamblea Constituyente, el rechazo a la firma del Tratado de Libre Comercio, el fin del acuerdo para la concesión de la Base de Manta a las fuerzas militares estadounidenses, la detención del avance de la agenda neoliberal y el privilegio del gasto social sobre el pago de la deuda externa, entre otras. Para afirmar su identidad anti partidaria, el nuevo movimiento tomo la decisión, además, de no presentar candidatos al Congreso Nacional, lo que no tenía antecedentes en la vida democrática del país. Todas estas demandas ocuparon, en la práctica, el mismo campo discursivo que el movimiento indígena ecuatoriano y sus aliados habían impulsado a lo largo de la última década en el país.



El acceso de Rafael Correa al poder se colocó en medio de un reacomodo en el ámbito político ecuatoriano, expresado en nuevos liderazgos, en la presencia de fuerzas sociales y organizaciones ciudadanas de escasa trayectoria militante y, al mismo tiempo, en la segmentación, el repliegue y el declive del movimiento indígena, al que habían estado articuladas viejas y nuevas formaciones de la izquierda ecuatoriana a lo largo de los años noventa. La riesgosa decisión de AP de no presentar candidatos para el Congreso Nacional delinea la identidad política originaria del movimiento, prefigura su estrategia de cambio político radical y definió el marcado carácter anti sistémico de su proyecto político. Dicha identidad de base explico, en buena medida, su enorme éxito político. Esto abrió las puertas a una consulta popular para convocar a una Asamblea Nacional Constituyente de plenos poderes y para demandar el cese de funciones del Congreso. En tal escenario, la convocatoria al referéndum que daría paso a la nueva Constitución fue objeto de una intensa pugna entre los dos principales poderes del Estado. El éxito inicial de la estrategia anti sistémica de AP se confirmó con un amplio triunfo del sí en el referéndum para convocar a la Constituyente: ocho de cada diez ecuatorianos votaron afirmativamente. La emergente fuerza política empezó a consolidar su proyecto de cambio y a ubicarse en el centro del escenario político ecuatoriano.

La nueva Constitución otorga derechos completos (incluyendo los sociales y económicos) a todos los ciudadanos, y además, obliga al Estado a priorizar el pago de la deuda social por encima de cualquier otra obligación. Ecuador, como país andino, construye los derechos humanos, económicos, sociales, culturales y ambientales, sobre un concepto y visión del mundo nacido en las antiguas sociedades de la región de los Andes sudamericanos: el Buen Vivir es el Sumak Kawsay (Ramírez,2012).

Esta idea social de solidaridad y redistribución es diferente al ideal aristotélico de la Vida Buena. El Buen Vivir es una idea social movilizadora, que va más allá del concepto de desarrollo que se encuentra vigente en la tradición occidental, pues está asociado a una noción más amplia de progreso. No se trata de un nuevo paradigma de desarrollo, sino de una alternativa social, liberadora, que propone otras prioridades para la organización social, diferentes del simple crecimiento económico implícito en el paradigma del desarrollo. El crecimiento económico es deseable en una sociedad, pero también importan sus pautas distributivas y redistributivas.

Para alcanzar el Buen Vivir, el Gobierno asumió desde su inicio el compromiso de defender el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y el respeto a los derechos de la naturaleza. Estos derechos fueron consagrados en nuestra Constitución de 2008 que, además, convirtió al Ecuador en un referente, por ser el primer país en el planeta que reconoce los derechos de la naturaleza en su marco constitucional (Ramírez,2012a).

El Buen Vivir es el horizonte de los ecuatorianos. Ofrece alternativas para construir una sociedad más justa, en la que el centro de la acción pública sea el ser humano y la vida. Supera los límites de las visiones convencionales de desarrollo que lo conciben como un proceso lineal, de etapas históricas sucesivas, que reducen el concepto a una noción exclusiva de crecimiento económico (Ramírez,2012b).

Desde la posguerra, estas concepciones han conducido las políticas públicas nacionales y la acción de organismos internacionales y, aunque han generado algunos resultados positivos, también han demostrado los límites estructurales de esta perspectiva del desarrollo. Entre los logros puede mencionarse que, durante los últimos 60 años, casi todos los países del Sur han alcanzado mejoras significativas en sus condiciones de vida, así como también resultados importantes en crecimiento y diversificación económica (CEPAL, 2014). Prevalen, sin embargo, serias limitaciones, principalmente en tres dimensiones: los pobres resultados del desarrollo en términos de equidad social, la deficiente articulación entre crecimiento económico y mejoramiento en la calidad de vida, y los límites estructurales para asegurar la sustentabilidad.

El primer problema es que los frutos del crecimiento no se han repartido equitativamente; la inequidad social internacional se ha mantenido y tiende a aumentar. La brecha en los ingresos por habitante entre los países del mundo, excepto China e India, medida a través del coeficiente de Gini, ha crecido de 0,51 en 1960 a 0,57 en 2000, para descender levemente a 0,55 en 2009. La inequidad social entre los hogares del mundo es más severa. El 10% más rico del mundo acaparaba en el año 2000 más de la mitad del ingreso mundial (54%), y casi tres cuartas partes (74%) estaban apropiadas por el 20% más rico. La mitad más pobre de la población mundial apenas recibía el 8% del ingreso total. El coeficiente de Gini mundial llegaba a 0,68. En 2008, el 52% de la población mundial continuaba en condiciones de pobreza, con un ingreso por habitante

inferior a los USD 2,5 por día (CEPAL, 2014). Esta alarmante privación, que afecta a más de la mitad de la población mundial, ocurre a pesar de que el ingreso per cápita mundial, de USD 10.073 PPA en 2011, superaba más de diez veces la línea de pobreza. Si la distribución de los ingresos mundiales fuera razonablemente justa, la pobreza podría eliminarse en el mundo (CEPAL, 2014).

El segundo problema es la falta de asociación entre crecimiento económico y mejora en la calidad de vida. En los países desarrollados y en buena parte de los países del Sur, el crecimiento económico ha beneficiado a un segmento reducido de la población, generalmente el 10% más rico, mientras la calidad de vida, medida por diferentes indicadores de bienestar, casi no ha mejorado en los últimos cuarenta años. En Estados Unidos, por ejemplo, el ingreso familiar del 10% más rico ha ascendido un 61% entre 1983 y 2011, hasta llegar a alcanzar los USD 254.000, mientras para el restante 90% el ingreso ha disminuido 1% en el mismo periodo (CEPAL, 2014). El índice de satisfacción muestra que los países de mayores ingresos no siempre superan la calidad de vida de varios países en desarrollo, lo que confirma la débil asociación entre satisfacción con la vida e ingreso por habitante. Costa Rica, por ejemplo, aun siendo un país en desarrollo, alcanza un índice de satisfacción con la vida que supera a Estados Unidos en cuatro veces su ingreso por habitante (BCE, 2014).

El tercer problema, y quizá el más severo, es la falta de sustentabilidad del crecimiento económico alcanzado. Este concepto solamente puede concretarse cuando se reconocen los límites naturales y sociales que condicionan la escala del crecimiento y la redistribución (Falconi y Muñoz, 2012). Aunque la economía mundial continua creciendo a ritmos superiores o cercanos al 3% anual, este crecimiento carece de sustentabilidad, ya que la huella ecológica del planeta supero desde 1978 la capacidad natural de soporte de los ecosistemas frente a la actividad humana. En varios temas críticos, como el cambio climático, la pérdida de biodiversidad y la eutrofización, los índices actuales superan la capacidad de recuperación del planeta (Rockstrom et al., 2009). De no tomar correctivos sustanciales y urgentes a escala mundial, la civilización vivirá una crisis ambiental de tal magnitud que pondrá en peligro el progreso alcanzado desde la Revolución Industrial.

La falta de sustentabilidad global del crecimiento económico y la disparidad en su distribución social dan cuenta de las limitaciones de la sociedad capitalista y de las visiones convencionales de desarrollo. Frente a ello, el Bienestar del Buen Vivir surge como una alternativa que, además de promover la mejora de la calidad de vida, respeta la diversidad cultural, la capacidad de soporte de los ecosistemas y los derechos de las generaciones futuras al bienestar.

El Buen Vivir o Sumak Kawsay es una idea movilizadora que ofrece alternativas a los problemas contemporáneos de la humanidad. El Buen Vivir construye sociedades solidarias, corresponsables y recíprocas que viven en armonía con la naturaleza, a partir de un cambio en las relaciones de poder.

El Sumak Kawsay fortalece la cohesión social, los valores comunitarios y la participación activa de individuos y colectividades en las decisiones relevantes para la construcción de su propio destino y felicidad. Se fundamenta en la equidad con respeto a la diversidad, cuya realización plena no puede exceder los límites de los ecosistemas que la han originado. No se trata de volver a un pasado idealizado, sino de encarar los problemas de las sociedades contemporáneas con responsabilidad histórica. El Buen Vivir no postula el no desarrollo, sino que aporta a una visión distinta de la economía, la política, las relaciones sociales y la preservación de la vida en el planeta. El Buen Vivir promueve la búsqueda comunitaria y sustentable de la felicidad colectiva, y una mejora de la calidad de vida a partir de los valores.

La noción del Buen Vivir ha estado presente en los pueblos originarios del mundo entero y también en la propia civilización occidental; su esencia es universal, ha sido una aspiración constante de la humanidad. El filósofo griego Aristóteles consideraba que la “vida buena” consistía en la satisfacción de las necesidades materiales, en el cultivo de la mente y en la práctica de la virtud. En la sabiduría ancestral común a los pueblos de la Tierra, el calificativo bueno de esta aspiración, abarca no solo la definición de agradable y hermoso, sino la idea ética de lo bueno. Por ejemplo, en el hinduismo, una de las religiones más antiguas del mundo y antecesora directa del budismo, hay tres metas para el Buen Vivir: la virtud (mediante la moral), la victoria (a través del trabajo) y la belleza (por las artes) (Ramírez,2012).

En el Ecuador, el Gobierno de la Revolución Ciudadana, recogiendo los planteamientos de los pueblos andino-amazónicos, plantea la noción del Buen Vivir como el objetivo central de la política pública. Ya en el primer programa de gobierno del Movimiento Alianza PAIS, presentado en el año 2006 (Ramírez, 2012), se empezó a hablar del Buen Vivir. En el año 2007, la noción del Buen Vivir fue recogida por primera vez en un documento oficial del Estado ecuatoriano: el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 (SENPLADES, 2007). Con el proceso constituyente de 2007 y 2008, la noción adquirió nuevas dimensiones, se nutrió del enorme debate social generado en Montecristi y paso a ser el eje vertebrador de la nueva Constitución de la República del 2008, aprobada en referéndum por la mayoría del pueblo ecuatoriano.

El debate alrededor del Sumak Kawsay ha rebasado las fronteras ecuatorianas y latinoamericanas, ha impulsado la reflexión política y académica y ha recogido los aportes de movimientos sociales, académicos, líderes políticos y gestores de política pública. Se trata de una noción en permanente construcción.

El horizonte político de la Revolución Ciudadana es el Bienestar del Buen Vivir. Este articula la lucha por la justicia social, la igualdad y la abolición de los privilegios, con la construcción de una sociedad que respete la diversidad y la naturaleza. En tal sociedad podremos desarrollar nuestras capacidades y vivir digna y libremente.

El fin del Bienestar del Buen Vivir es defender y fortalecer la sociedad, el trabajo y la vida en todas sus formas. El primer paso es resolver el acceso a bienes, oportunidades y condiciones que garanticen al individuo, a la colectividad y a las generaciones futuras una vida digna sin perjudicar a la naturaleza. El Buen Vivir es una práctica diaria (SENPLADES, 2009).

El desafío fundamental es universalizar los derechos y las oportunidades para que toda la ciudadanía ecuatoriana viva en plenitud. La realización y la felicidad individuales van de la mano del bienestar colectivo, del mutuo reconocimiento y la solidaridad, del respeto a la dignidad ajena y del cuidado de la naturaleza (SENPLADES, 2009).

Para ello menciona la SENPLADES que se debe crear las condiciones para mejorar constantemente nuestra vida, sin deteriorar las oportunidades de los demás; construir un

Estado plurinacional y popular que proteja los intereses de las mayorías, con capacidad de gobernar y modificar la dominación capitalista; y construir una organización popular que impida el dominio de los intereses particulares.

El Bienestar del Buen Vivir cuestiona el patrón de acumulación hegemónico, es decir, la forma neoliberal de producir, crecer y distribuir. Proponemos la transición hacia una sociedad en la que la vida sea el bien supremo. Afirmamos la supremacía del trabajo fin mismo de la producción y base para desplegar el talento sobre el capital. En el trabajo nos reconocemos como seres sociales y como actores creativos, en ejercicio de derechos y libertades.

El Bienestar del Buen Vivir implica una democracia profunda con participación popular permanente en la vida pública del país. No se realiza sin el compromiso activo de la ciudadanía y de los pueblos. La política democrática y la movilización permanente posibilitan alcanzar un nuevo nivel de convivencia social que respete las diversidades, las opciones y las creencias.

El Bienestar del Buen Vivir se identifica con la consecución del bien común y la felicidad individual, alejados de la acumulación y el consumo excesivos. Se obtiene con el máximo aprovechamiento de talentos y capacidades personales y colectivas. Es un espíritu vigoroso que impulsa el aprendizaje y la superación. Está presente en el amor, en la amistad, en la fraternidad, en la solidaridad y en la armonía con la naturaleza.

El Bienestar del Buen Vivir es la forma de vida que permite la felicidad y la permanencia de la diversidad cultural y ambiental; es armonía, igualdad, equidad y solidaridad. No es buscar la opulencia ni el crecimiento económico infinito.



## CAPÍTULO IV. EL ESTADO COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS PÚBLICOS

### *4.1. Introducción*

Buena parte de los debates políticos y publicaciones académicas en las primeras décadas del siglo XXI, tanto en América Latina como en el resto de regiones, han girado en torno al rol que deben jugar las instituciones estatales en las diferentes arenas de política pública en las distintas sociedades. Particularmente en América Latina, el marco de este proceso desde inicios de la década del noventa del siglo pasado ha sido el denominado “Reforma del Estado”, término que engloba tanto cuestiones asociadas a la presencia del Estado en diferentes actividades de la economía y el bienestar social como la producción de bienes y servicios o la promoción de ciertos sectores productivos del ámbito privado; como la necesidad de implementar reformas en la estructura organizativa y en la gestión de los recursos humanos que integran las instituciones estatales. De cualquier manera, independientemente del punto tratado de este amplio espectro, todos ellos poseen un carácter eminentemente político, y por lo tanto, sujeto a fuertes luchas de poder e ideología entre diversos actores interesados.

95

---

Se privatizaron gran cantidad de instituciones públicas con el fin que sea el mercado quien regule y controle la prestación de servicios públicos. Esto trajo como consecuencias la pérdida en la toma de decisiones del Estado en proveer dichos servicios, de cierta forma se logró controlar la inflación; pero al permitir que el mercado ajuste y controle sectores estratégicos de los Estados (telecomunicaciones, agua, luz) empezó a perder soberanía y manejo de sus recursos.

Las instituciones públicas no podían competir con las empresas privadas debido a dos aspectos fundamentales, el primero se debe a que sus estructuras organizacionales eran de forma funcional y vertical, lo cual trajo como consecuencia el cierre o la absorción, casos podríamos citar como las de agua potable, recolección de basura, electricidad entre otras. No se trabajaba en función del ciudadano (cliente) ni en la mejora de la



calidad de los productos y servicios, existía una nula o escasa utilización de las tecnologías de la información.

Mientras que las empresas privadas eran organizaciones más horizontales y ya se empezaban a manejar herramientas de calidad que permitían ofrecer productos y servicios en mejores condiciones que las empresas públicas, la incorporación de tecnologías de la información.

Otro aspecto que influenció era la profesionalización de las personas, en el caso de las empresas públicas la mayor parte de sus funcionarios no eran especialistas para las funciones las cuales eran encomendados, esto contrario a lo planteado por Weber (1944) en su teoría de la burocracia.

El último aspecto a considerar es el deterioro que tuvo el aparataje de los partidos políticos en la época neoliberal.

Al estar como centro del modelo “el mercado” generó brechas entre las personas que dio paso a clases sociales, las cuales se encontraban claramente definidas alrededor de un modelo de producción lo cual conllevó a la competencia entre empresas públicas y privadas. Las segundas al tener mejor estructuras organizacionales despuntaron y comenzaron absorber la mayor cantidad de servicios públicos, provocando que el estado pierda capacidad para la gestión de dichos servicios.

Bajo la premisa de que todo cambio en la estrategia de desarrollo supone una transformación del modelo de Estado, buena parte de los países de la región enfrentan el reto de modificar sus estructuras estatales y recuperar algunas facultades pérdidas o debilitadas en las décadas de los 80's y 90's a partir de la aplicación de las determinaciones del Consenso de Washington.

En el escenario post-neoliberal, la reforma democrática del Estado se pone en el centro de la agenda política de los gobiernos progresistas de la región. Si bien estos gobiernos han definido sus políticas públicas y estrategias de implementación de manera ajustada a sus propias realidades y herencias políticas, también es cierto que la aplicación de la “receta” del Consenso de Washington fue de tal forma similar y dogmática, que existe un conjunto de problemas comunes que se vienen enfrentando de manera similar en

estos países. Más que alineaciones pactadas, la aplicación de ciertas políticas resulta lógicamente compartida, pues los efectos del neoliberalismo han sido similares en la mayoría de los países de América Latina.

Principios como el de liberalización, desregulación, privatización y flexibilización, guiaron la agenda de la mayor parte de los gobiernos de la región en las décadas anteriores. La fe ciega en el mercado y en la libre competencia, y la muletilla de doble moral en los sistemas más rentistas y corporativos, de que el Estado es la causa de todos los males fueron ejes del dogma neoliberal y del discurso político de la derecha latinoamericana de los últimos 30 años. En la defensa de intereses privados se consolidó un esquema de acumulación que ha hecho crisis y que no ha podido enfrentar a una corriente de cambio que ha decidido entre otras cosas recuperar el Estado y su activo rol en la promoción del desarrollo nacional.

En los países Latinoamericanos bajo el membrete del socialismo del siglo XXI se viene discutiendo sobre la nueva estrategia de desarrollo y el correspondiente modelo de Estado, con el propósito de una reforma profunda del Estado y en las posibilidades de recuperar sus facultades esenciales y estructurar una institucionalidad que nos acerque al bienestar colectivo.

En este sentido, recuperar la capacidad de planificación estratégica y de gestión de las instituciones estatales, su función redistributiva y los mecanismos de regulación, son los objetivos principales de un rediseño institucional centrado en la participación, la democracia, la descentralización y el desarrollo local, así como en la gestión pública eficiente orientada al logro de resultados.

A lo largo de este capítulo se presentarán, por un lado, ciertas características básicas de los Estados contemporáneos y la estructura administrativa tradicional de la gestión pública de los Estados, bien conocida por todos como burocracia weberiana, así como también la crisis de esta forma de organización de las estructuras y los recursos públicos (Lynn, 2008). Posteriormente, se pasará a describir y problematizar algunas de las principales dimensiones de reforma que se han promovido desde la década del ochenta del siglo pasado, fundamentalmente desde dos modelos de gestión pública, que pueden ser considerados como ideales-tipo: la Nueva Gestión Pública o New Public Management por un lado, y la denominada Nueva Gobernanza Pública o New Public

Governance por otro. Finalmente, bajando algún escalón en el nivel de abstracción, se analizarán una serie de instrumentos de gestión particularmente importantes en el área sanitaria, a la luz de los modelos presentados anteriormente, como forma de adelantar para el capítulo siguiente, algunas de las posibles opciones de reforma y organización de los sistemas de salud.

#### *4.2. El Estado como Actor Autónomo*

El Estado ha sido objeto de múltiples conceptualizaciones, siendo la ya clásica definición de Max Weber una de las más aceptadas: el Estado moderno sería aquella comunidad humana que reclama exitosamente para sí el monopolio de la posibilidad de ejercer la coerción física legítima en un territorio determinado (Weber, 1944). Sin embargo, la entidad “Estado” no ha logrado generar acuerdos en torno a si es un sujeto, algo tangible, o directamente no existe tal fenómeno más que en el plano de las ideas. Dos de las aproximaciones más importantes al concepto de Estado para la Ciencia Política han sido los análisis marxistas y las denominadas “teorías Estadocéntricas”.

98

---

Iniciada la década del sesenta, en pleno auge del Estado Keynesiano de Bienestar, trabajos de algunos neomarxistas como Claus Offe (1988) comenzaron a advertir que las instituciones estatales tenían ciertos niveles de autonomía que les permitía entre otras cosas, tomar opciones políticas que bien podían estar en oposición a los intereses de la clase capitalista, pero que en definitiva estas medidas nunca pondrían en riesgo el sistema de acumulación existente en el mediano y largo plazo.

Uno de los aportes más importantes en este sentido, fue el de sugerir la existencia de otro tipo de autonomía estatal. Dicha autonomía excedía los intereses particulares de una clase social o grupo económico concreto, ya que el Estado y sus diferentes componentes generaban intereses y objetivos específicos y diferentes. Así, los grupos que pertenecen a la estructura estatal conforman por sí mismas uno o varios grupos de poder. Dicho poder de los actores estatales radica según Michael Mann en la capacidad que tienen los mismos de movilizar los recursos económicos, ideológicos y militares de forma centralizada y a lo largo de todo el territorio estatal (Mann, 2006).

Si bien estos recursos se encuentran disponibles entre los diferentes grupos de la sociedad civil, la particularidad descrita conforma lo que Mann llama “Poder Infraestructural”, y que básicamente consiste en la capacidad del Estado para penetrar realmente la sociedad civil, y poner en ejecución logísticamente las decisiones políticas por todo el país (Mann, 2006).

Los diferentes procesos de descentralización y desconcentración, tanto territorial como administrativa-financiera, el creciente peso de las estructuras de gobierno supranacional, y la importante fragmentación de los conocimientos asociados a los diferentes asuntos políticos determinan por ejemplo que el poder infraestructural sea cada vez más difícil de ejercer con éxito, sin tener que recurrir al poder despótico. Debido a estas complicaciones es que resulta muy importante incorporar junto a la noción de autonomía relativa, la idea de enraizamiento de la acción estatal presentado por Peter Evans (1996).

Esta revisión reviste especial relevancia ya que, por un lado, permite reforzar la noción de que las cuestiones relacionadas con cambios en materia de la estructura estatal ya sea en relación a una política pública concreta como la sanitaria, o respecto a cuestiones más generales como la gestión del sistema de recursos humanos, son en sí mismas objeto de disputas de poder entre diversos actores políticos. Complementariamente, los actores estatales poseen intereses y racionalidades diferentes, y por lo tanto tienen capacidad, de promover una agenda de acción con relativa autonomía respecto a gran parte de los grupos de poder de la sociedad civil. Además es preciso destacar la importancia que tiene para la comprensión de las estructuras de poder existentes, la configuración institucional que condiciona la acción de los diversos actores involucrados. Al mismo tiempo, también parece pertinente recordar que las distintas organizaciones estatales no conforman un actor racional unificado, y que por lo tanto dentro del aparato estatal se pueden perseguir una multiplicidad de objetivos e intereses que muchas veces pueden llegar incluso a contradecirse o a entrar en conflicto entre sí.

Definida la autonomía relativa del Estado y sus instituciones respecto a otros centros de poder de la sociedad y del mercado, resulta necesario indagar en cuáles son las capacidades para llevar delante de forma efectiva las acciones que permitirán alcanzar sus fines. La aplicación consistente de una política cualquiera requiere la

institucionalización de un complejo conjunto de mecanismos políticos; y dicha institucionalización de ninguna manera puede darse por descontada (Evans, 1996). En este caso, se entenderá por Capacidad Estatal la aptitud de las instancias gubernamentales de plasmar, a través de políticas públicas, los máximos niveles posibles de valor social (Repetto, 2004).

Esta noción a su vez debe ser desagregada en dos tipos de capacidades: las administrativas y las políticas. Las primeras aluden a factores de corte organizativo y de gestión de los recursos humanos, que necesitan para su correcto funcionamiento una serie de requisitos como la coherencia interna y cierto nivel de enraizamiento de dicho aparato administrativo en la sociedad. En líneas generales uno de los rasgos distintivos de las acciones estatales es la dificultad que tienen para reaccionar ante las demandas y necesidades de la sociedad civil e incluso el mercado y esta falla estructural solamente podrá ser atenuada en la medida que las administraciones públicas logren trabajar en estrecho vínculo con los actores no estatales para ser más receptivos, e incluso anticiparse a ciertas demandas. La clave de que dicho enraizamiento no redunde en cooptación privada del aparato estatal es justamente la autonomía del Estado en ausencia de un tipo de estructura administrativa coherente, autoorientadora, weberiana, es casi seguro que el enraizamiento tendrá efectos nocivos (Evans, 1996). Por otra parte las capacidades políticas tienen como centro a los actores políticos electos directamente por la ciudadanía, ya que consiste en la capacidad de estos para procesar correctamente las demandas de los diversos grupos de la población, para que las decisiones que se tomen sean efectivamente representativas de los intereses y valores de estos colectivos (Repetto, 2004).

#### *4.3. El Brazo Ejecutor del Estado: Reformas del Estado*

La reforma del gobierno. Ha sido una marea incesante omnipresente del cambio disfrazado de mejora. Pocos recordarán todas las iniciativas. ¿Por qué esta preocupación obsesiva por la reforma del sector público? ¿Qué ha cambiado?. Hubo cambios importantes en el contexto de la gobernanza. Allí está la crisis económica después de la crisis del petróleo de 1973. Allí está el auge de las ideas neoliberales. La consecuencia no deseada de los intentos de frenar el excesivo poder del Estado a favor de los

mercados, la fragmentación del sector público que creó una política más compleja. Hemos sido testigos de la aparición de la gobernanza de la red, ya que la reforma del sector público nunca ha desaparecido de la agenda pública de los países occidentales. El estudio y la práctica de la gobernanza, especialmente el papel del Estado en la gobernanza, técnicas artesanales de la administración pública tradicional siguen siendo de vital importancia. Sin embargo, no es una cuestión de habilidades tradicionales frente a las nuevas competencias de la nueva gestión pública o gobernanza de la red.

Las reformas del servicio público propuestas por tanques de pensamientos y el gobierno están impregnadas de creencias en la racionalidad instrumental, el gerencialismo, y la elección económica. El núcleo intelectual compartido es el modelo de relación medios y fines, decisiones, construcción de modelos y el uso instrumental de la investigación para alcanzar determinados fines. El gerencialismo, y la regla de la racionalidad instrumental no se valoran, se valora el conocimiento local y el contexto en que se practica. Se sugiere que el conocimiento abstracto, universalista y el conocimiento científico funcionan mejor en aquellas esferas de la actividad humana que son más libres de la contingencia, las conjeturas, el contexto, el deseo y la experiencia personal. Las reformas del servicio público no están libres de la contingencia, las conjeturas, el contexto y la experiencia personal. Más bien, se trata de un ámbito de conocimiento en el que la práctica, la experiencia y los conocimientos locales son primordiales (Rose, 1984).

Uno de los principales problemas es que siempre estamos en busca de la próxima gran nueva reforma satisfactoria. La reforma tiene éxito en un tiempo o periodo establecido para que los cambios vayan a desarrollarse, al no existir una evaluación, por lo que no hay evidencia clara del éxito o fracaso de la reforma, nos quedamos con los dilemas creados por los residuos de la superposición de las reformas del pasado. Por lo tanto, tenemos que hacer un balance de dónde venimos. Teniendo que mirar hacia atrás para saber a dónde vamos.

Con ese fin, la tabla 3 resume el cambio de la administración pública tradicional a la nueva gestión pública a la última fase de la reforma, la nueva gobernanza pública.

**Tabla 3.- Elementos centrales de la NGP en contraste con AP y NAP**

<b>Paradigmas / Elementos claves</b>	<b>Raíces Teóricas</b>	<b>Naturaleza del Estado</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Importancia</b>	<b>Mecanismo de asignación de recursos</b>	<b>Naturaleza del sistema de servicios</b>	<b>fundamento de valor</b>
Administración Pública (AP)	La ciencia política y las políticas públicas	unitario	El sistema político	Creación y aplicación de políticas	Jerárquica	Cerrado	Ethos del sector público
Nueva Administración Pública (NAP)	Teoría de la elección racional/pública y estudios de administración	regulador	La organización	Administración de recursos de la organización y el desempeño	El mercado y contratos clásicos y neoclásicos	Abierto Racional	Eficiencia de la competencia y el mercado
Nueva Gobernanza Pública (NGP)	La teoría institucional y la red	Plural y pluralista	La organización en su entorno	La negociación de valores, significados y relaciones	Redes y contratos relacionales	Abierto cerrado	Dispersos y controvertidos

*Fuente:* Osborne 2010 (traducción propia)

La tabla muestra no sólo los mapas de la transición de la administración pública tradicional a la nueva administración pública y a una nueva gobernanza pública, sino también el cambio de la burocracia a los mercados de redes.

---

102

### *Administración Pública Tradicional*

Hemos dado la espalda a la administración pública tradicional; que es vista como el problema, no la solución. Creo que los políticos, los empleados e incluso algunos servidores públicos tienen muchos conceptos erróneos importantes sobre el pasado de nuestro servicio público. Administración pública tradicional se refiere a la burocracia weberiana clásica que trabaja en un sistema jerárquico de autoridad y la conservación de la tradición estatal. En la Tabla 3, su tarea consiste en proporcionar asesoramiento sobre políticas para sus mandatarios políticos y supervisar su aplicación.

Estas características de los funcionarios públicos se resumen en la descripción “generalistas”.

Lo que importa es la capacidad de velocidad de absorción detallada, para analizar el problema no familiar a corto plazo, clarificar y resumir, para presentar opciones y consecuencias claras, y desarrollar un buen informe preciso y sucinto.

El término generalista se emplea comúnmente en los países con el “sistema Westminster” pero las habilidades y tareas a las que se refiere no son específicas para ellos. Por lo tanto, (Heclo, 1977) habla sobre el conocimiento artesanal de los altos burócratas de Washington.

No existe un cuerpo sistemático de conocimientos o capacitación especial para instruir a los ejecutivos políticos y burocráticos sobre cómo manejar sus relaciones mutuas. Es posible que tengan competencias técnicas o profesionales, pero sus interacciones no se deriva de la experiencia profesional. En cambio, las operaciones se basan en el conocimiento artesanal, comprensión adquirida por aprendizaje en el trabajo (Heclo, 1977).

Serrano (2012), también ve la administración pública como la ejecución de un arte aplicado o practicado. La administración pública tradicional sigue caracterizándose como un arte y una ciencia, y los servidores públicos son generalistas; es decir, una profesión basada en el conocimiento artesanal.

La Burocracia no es un fenómeno nuevo, sino que por el contrario, es una forma de organización que ha contribuido a la consolidación de los Estados surgió a mediados del siglo XIX, en la expansión de los Estados de Bienestar de mediados del siglo XX, y el crecimiento de muchas empresas privadas de alta complejidad y envergadura, entre otras. El término burocracia se refiere a la organización cuyas consecuencias deseadas se resumen en la previsión de su funcionamiento, con el propósito de obtener la mayor eficiencia de la organización. Dicho proceso de burocratización fue rápidamente tomado por diferentes ámbitos de la vida social debido a que ofrecía una respuesta bastante efectiva para lidiar con los crecientes problemas de complejidad y de escala que estaba teniendo tanto las nuevas funciones estatales como recaudación de impuestos o el desarrollo de políticas sociales a escala nacional, como de la actividad empresarial privada (Argyriades, 2010). En este sentido, las burocracias públicas porque como se



verá es muy difícil hablar de una única burocracia son el elemento clave para la consolidación del poder infraestructural de los Estados mencionado anteriormente.

Dicha forma de organización, que puede ser denominada como Administración Pública Tradicional (AP) tenía de acuerdo a una síntesis realizada por Pollitt (2009), los siguientes rasgos:

- Una clara división jerárquica de las distintas oficinas de la institución;
- Las funciones de cada una de estas unidades están claramente especificadas;
- Los funcionarios son contratados en base a contratos, aunque la naturaleza de los mismos no es la misma que la de los contratos gerenciales, tanto en términos de garantías para el funcionario como respecto a la duración de los mismos;
- Son elegidos en base a una serie de requisitos transparentes en relación a niveles de educación y/o experiencia.
- Como pago por su trabajo reciben un salario, vinculado a la posición en la jerarquía que ocupen;
- Dichos cargos son su única o principal ocupación;
- Existe una estructura de carrera y promoción basada en el mérito y la antigüedad de forma mixta, que es decidida en instancias públicas;
- Estos funcionarios no pueden apropiarse ni del cargo ni de los recursos asociados a su función;
- Por otra parte, está sujeto a un control y sistema disciplinario centralizado y unificado;
- Y por último, la organización entera se encuentra gobernada por reglas, que generalmente están sustentadas por leyes u otro tipo de marco normativo específico para el sector público.

Como elemento para complementar estas características, resulta necesario resaltar que otro de los rasgos distintivos es la existencia de una clara y rígida pirámide de autoridad que en su vértice presenta a los representantes de la ciudadanía electos democráticamente; y que existe una línea de mando vertical fuertemente protocolizada, que establece claramente quiénes son los responsables de tomar cada una de las decisiones, y a quienes les corresponde llevarlas a la práctica. Esta forma de

organización y gestión de las actividades públicas probaron ser muy eficientes a la hora de lidiar con cuestiones asociadas al tratamiento uniforme y homogéneo de las mismas (Argyriades, 2010). Por este motivo es que fue de gran ayuda a la hora de implementar grandes políticas de corte universal en el área social como la expansión de la educación o la creación de sistemas nacionales de salud. Sin embargo, el paso del tiempo y el aumento de la heterogeneidad de muchas de las situaciones sobre las que las burocracias actuaban, comenzaron a reflejar una serie de problemas que de ninguna manera podían ser achacadas únicamente a las burocracias públicas, sino que eran consecuencia del propio diseño general y fruto también de intentar resolver problemas asociados a la organización y acción de grandes grupos de personas. En el caso particular de las burocracias públicas, estos problemas tienen además un impacto directo en la calidad del funcionamiento del régimen democrático (Kettl, 2006).

Se podrían reseñar someramente dos tipos de problemas asociados a las burocracias: uno asociado al relacionamiento de las burocracias públicas con su entorno fundamentalmente con la ciudadanía y otro relacionado con dificultades en la gestión interna de este actor. En relación al primer tipo de problemas, las principales críticas vinieron por el lado de la poca receptividad de las burocracias a las necesidades reales de la población, y a la lentitud en la producción de las respuestas o soluciones (López Casanovas et al, 2003).

Esta crítica remite a un tema que fue mencionado anteriormente respecto al Estado en general, que es el de la autonomía. Si bien formalmente las burocracias tienen el mandato legal de obedecer e implementar las decisiones que se toman en el ámbito de la democracia representativa. En los hechos las mismas son inevitablemente un grupo de poder en sí mismas, debido fundamentalmente a que poseen ciertos recursos de los que carecen el resto de actores del sistema, como ser la habilidad relacionado con una política en concreto o la información necesaria para una correcta planificación. Estas críticas han sido provistas en buena medida por diferentes autores provenientes de la Selección Racional, quienes le adjudican a los burócratas un comportamiento racional de maximización de rentas que conlleva ineficiencia, crecimiento excesivo, captura, poca rendición de cuentas, y otros problemas similares que conspiran en contra del gobierno efectivo (Moe, 1998).

En cuanto a los problemas internos a las burocracias, los altos directivos, como es lógico, no pueden controlar las acciones rutinarias de todos los trabajadores que están a su cargo. Esto determina que en muchas organizaciones gubernamentales como escuelas o departamentos de policía, los funcionarios en los primeros pisos de la pirámide administrativa, docentes u oficiales de policía ejerzan el poder y la autoridad del Estado sin que nadie sepa claramente cómo lo lleva a cabo. Por lo tanto, la gestión de la burocracia implica en buena medida una fuerte dosis de delegación de poder a lo largo de toda la cadena jerárquica por un lado; y por otro la necesidad de asegurar la obediencia de quienes tienen la posibilidad de ejercer el poder discrecionalmente (Kettl, 2006).

Estos problemas mencionados refuerzan la necesidad de tratar a los procesos de reforma administrativa como temas políticos y no únicamente como cuestiones técnicas asociadas a la gestión. Toda reforma que pretenda impactar sobre las formas de organización de las instituciones estatales implicarán entre otras cosas un reordenamiento de las relaciones de poder existentes entre las diferentes agencias de gobierno, entre el elenco políticamente electo y los cargos administrativos del Estado, e incluso entre los diferentes grupos de funcionarios dentro de una misma organización (Bowornwathana & Poocharoen, 2010).

Este cambio cualitativo en la forma de entender las reformas de gestión pública comenzó a producirse a partir de la década del setenta del siglo pasado, coincidiendo entre otras cosas con el inicio de la denominada crisis del Estado Keynesiano de Bienestar, al que la Administración Pública Tradicional (AP) había ayudado a consolidarse, como fue mencionado anteriormente. Dicho tipo histórico de Estado capitalista, surgido en la posguerra, tuvo como principales características una política económica orientada al aseguramiento en las condiciones del pleno empleo dentro de una economía relativamente cerrada; generalización de normas de consumo masivo a partir de las instituciones de bienestar; primacía de la escala nacional a la hora de la implementación de políticas; y una intensa intervención estatal como forma de solucionar las fallas del mercado (Jessop, 2008).

Los cambios históricos producidos en esa época, como el progresivo abandono de las pautas fordistas de producción y organización tan relacionadas por cierto con el enfoque

weberiano de Administración Pública; la cada vez mayor apertura de los Estados nación a la competencia internacional a nivel comercial; los desafíos internos en materia de provisión de bienestar y asistencia social; o las tensiones que significaron para la estructura de poder centralizado del Estado los procesos de descentralización territorial por un lado, y el rol cada vez más influyente de instituciones supranacionales en la dirección política de los gobiernos: llevaron necesariamente a replantearse entre otras cosas la naturaleza del aparato administrativo del Estado. Porque si bien muchos trabajos relacionados con las reformas de gestión pública lo olvidan, a pesar de la autonomía de la burocracia reseñada, la Administración Pública es un medio de acción política, pero no un fin en sí mismo. Esto implica que a la hora de evaluar alternativas de reforma sea absolutamente imprescindible poner atención en los fines y funciones del Estado que se quiere cambiar.

En este sentido, el marco que se ha ido construyendo, y en el que se comenzaron a suceder diversos intentos de reformas administrativas, tanto a nivel del mundo desarrollado como en regiones como América Latina, podría caracterizarse como Régimen Competitivo Schumpeteriano. A medida que las distintas fuerzas económicas, políticas y sociales han ido reaccionando a estas tendencias de crisis, se ha hecho posible discernir el comienzo de la cristalización de una forma distintiva de Estado destinada a promover las condiciones económicas y extraeconómicas consideradas necesarias para el nuevo régimen de acumulación capitalista. Este nuevo tipo de Estado puede ser eficazmente descrito como un Estado Competitivo Schumpeteriano (Jessop, 2008).

A diferencia del Estado Keynesiano de Bienestar, las características del nuevo Estado son las de orientar su política económica para la promoción de la innovación y la competitividad en los diferentes mercados internacionales; la subordinación de la política social a las demandas de la política económica; la relativización de las escalas de acción de los poderes estatales a partir de traspasos hacia niveles más locales de gobierno; el incremento de las soluciones a las fallas de mercado a partir de la colaboración entre el sector público y organizaciones provenientes de la sociedad civil, por ejemplo bajo la forma de organizaciones públicas no estatales (Jessop, 2006).

Claramente este tipo de funciones plantea importantes contradicciones con el estilo de funcionamiento de las burocracias tradicionales, y a priori, puso en entredicho su viabilidad debido a que el discurso que se constituyó como hegemónico a partir del último cuarto del siglo XX fue el de la doctrina neoliberal, que entre otras cosas adjudicaba casi exclusivamente al excesivo rol y tamaño del Estado los problemas y situaciones de crisis existentes por ese entonces. Sin embargo no todos los países aplicaron la misma opción de reforma, debido entre otras cosas a factores que fueron presentados en el capítulo anterior en relación a los diferentes conceptos que ayudan a entender los bloqueos institucionales al cambio que se generan en cualquier institución, como el efecto de bloqueo (Lock in) o la idea de dependencia del camino (path dependence).

A partir de este diagnóstico relacionado con los problemas de la AP, se sucedieron una serie de alternativas que serán denominadas “Posburocráticas” entre las cuales la Nueva Administración Pública es sin lugar a dudas el modelo que logró posicionarse al menos retóricamente como la alternativa más fuerte.

#### *La Nueva Administración Pública (NAP)*

108

---

En los últimos 40 años se han visto tres oleadas de reformas de la NAP. En la Tabla 3, la primera oleada de la NAP fue el gerencialismo, la gestión profesional; normas y medidas de desempeño explícitos; gestión por resultados; y relación calidad-precio. Eso fue sólo el comienzo. En la segunda oleada, los gobiernos adoptaron la mercantilización o creencias neoliberales sobre la competencia y los mercados. Se introdujo las ideas sobre la reestructuración del incentivo en las estructuras del servicio público la provisión a través de la contratación externa, y cuasi-mercados. La tercera oleada de la nueva administración pública se centra en la prestación de servicios (Pollitt, 2003). Nada ha desaparecido. Tenemos estratos geológicos de reformas que comprenden un “síndrome de la función pública” en el que las iniciativas van y vienen, se superponen y se ignoran mutuamente, dejando atrás residuos de diferente tamaño y estilo (Hood & Lodge, 2007). La teoría de la inoculación de la reforma no funciona usted no es inmune después de una pelea. Aunque la extensión de las reformas varía de un país a otro, y los países de habla inglesa son los más entusiastas, la reforma del servicio público es ubicuo. Esto es más comprensible en lo que menciona Pollitt y Bouckaert (2011),

quienes concluyen que se ha convertido en un elemento clave en muchos países, se ha internacionalizado, en definitiva, ha llegado.

¿Cuáles son las implicaciones para los servidores públicos de la reforma de la NAP? La búsqueda de una mejor gestión mantiene a la vanguardia la reforma de la función pública, y una mejor gestión significa que las prácticas del sector privado. Hay un exceso de ejemplos. Uno debe ser a la coalición de Reino Unido con la reforma al Plan del Servicio Público 2012, que se centra en las habilidades y competencias (Rhodes, 2014). El núcleo es la gestión: ejemplificando, la administración pública necesita personal con conocimientos de puesta en servicio y contratación; y las capacidades de gestión de proyectos necesitan una renovación seria.

La reforma llega a la esfera política de la más pobre discusión. Por lo tanto, una mejor formulación de políticas se reduce a una petición de una mayor impugnabilidad en el asesoramiento sobre políticas y, bajo la etiqueta de “lo que funciona”, se busca más la formulación de políticas basada en la evidencia. No se tratan las respectivas funciones de secretarios permanentes y ministros. Cuando el informe se refiere a las funciones de políticos son administradores, se puede lograr un tono políticamente ingenuo.

La construcción de este nuevo “paradigma” llamado “Nueva Administración Pública” ha cruzado por varias etapas dentro de la construcción de sociedades, inicialmente partiendo del enfoque de lo público y privado, partiendo por la era de industrialización, pasando por criterios de ineficiencia de lo público en la era de la globalización, convergiendo hacia el bienestar de la sociedad (Ramió, 2001).

Autores como Hood y Lodge (2007) afirman que elementos como el Nuevo Institucionalismo y la Gerencia Profesional están estrechamente unidos en la construcción de la teoría de la Nueva Administración Pública.

Para ello plantea tres teorías como son:

- Teoría de elección de lo público.
- Teoría de costos de transacción.
- Teoría de la agencia.

La Teoría de elección de lo público se refiere a la introducción del sector privado en lo público y de los mecanismos de competencia que ejercen el uno en el otro y viceversa con el fin de obtener monopolios. En el caso de lo público necesita de políticas de control que eviten la burocratización de los servicios, además la competitividad de costos que se pueden obtener resulta interesante para la sociedad que recibe dicho servicio.

Por otro lado la Teoría de costos de transacción se relaciona con el criterio de competitividad que debe existir entre lo público y privado. Las ventajas de generar servicios en el ámbito público dependerá del mayor costo de transacción que se produzca, caso contrario se deberá transferir al ámbito privado. Este concepto se alinea con la arquitectura organizacional pública y por ende con la burocracia que actúa dentro de las organizaciones.

Esto conlleva a la optimización de recursos en el sistema público; así como la racionalización en las estructuras orgánicas jerárquicas, mayor innovación tecnológica y un mayor perfeccionamiento en los sistemas de seguimiento y control, a esto se lo denomina “teoría de neo-taylorismo”.

---

110

Dicha racionalización de estructuras en ámbito territorial se relaciona con la descentralización de competencias con el fin de no concentrar la toma de decisiones desde el gobierno central y permitir a los gobiernos locales autonomía para un desarrollo sostenido.

Finalmente, la Teoría de la Agencia relaciona a todos los actores que existen dentro de la arquitectura de gobierno que pueden ser identificados como ciudadanos, políticos y gestores. Estas definiciones deben darse en un estricto sistema de control, con el fin de no duplicar acciones entre dichos actores pero sobre todo tener el control de sus acciones, que permitan una oportuna rendición de cuentas a la ciudadanía en sus niveles de participación en las decisiones de los actores políticos.

Estos sistemas de control y rendición de cuentas en muchos países se enfocan al seguimiento, principalmente en el manejo del presupuesto; así como de ciertos indicadores de desarrollo social, dichos sistemas están estrechamente ligados a las

tecnologías de la información y comunicaciones para su desarrollo e implementación (Christensen, 2002).

### *La Nueva Gobernanza Pública (NGP)*

En la Tabla 3, la gestión de redes está en el corazón de NGP. Normalmente, el término gobernanza se distingue de gobierno al destacar que estamos hablando del cambio y el cambio de los límites entre el Estado y la sociedad civil: de ahí la frase de gobierno a gobernanza. El cambio en el centro de la argumentación es la creciente importancia de las redes políticas en el proceso político y sus implicaciones para el Estado. Como son, tanto la escuela holandesa y la escuela anglo-gobernanza (Rhodes, 2014); que se centran en el crecimiento de las redes y los efectos en el estado. Ambos postulan un cambio de manos en el volante para no intervención por parte del Estado. Así, la gobernanza de la red, y su posterior sigla NGP, se refieren al complejo proceso por el cual una pluralidad de actores sociales y políticos con intereses divergentes interactuar con el fin de formular, promover y alcanzar objetivos comunes a través de la movilización, el intercambio, y la implementación de una serie de ideas, normas y recursos (Torfing, 2012).

111

---

Qué hace la gobernanza de la red acerca del papel de la administración pública. ¿Cuáles son las nuevas tareas y habilidades? ¿Cuál es el lugar del servidor público “tradicional”? El primer punto a destacar es que mientras que la NAP inspiró a una amplia gama de reformas de la gestión, NGP no inspiró a ningún programa equivalente. Por supuesto, hubo alguna reacción a la multiplicación de redes al ver unirse en marcha en sus diversas formas, como uno de los temas de la reforma que ha crecido en importancia a nivel internacional desde el cambio de siglo (Fuentes et al, 2009).

Entre los académicos, hubo creciente interés y consejos sobre, cómo gestionar redes, aunque algunos estaban preocupados por el papel de la administración pública. Una excepción interesante es Torfing (2012) que sugieren que el papel tradicional del servicio público se complementa (no se sustituye) con el de la gestión de meta-gobernador y facilita la gobernanza interactiva. Su tarea es la de balancear la autonomía de las redes con las manos en la intervención. Tienen diversas formas concretas de llevar a cabo este acto de equilibrio. Pueden hacer campaña por una política,



implementar los conceptos de política, actuar como ampliadores de fronteras, y forma alianza con los políticos. Se convierten en “meta-gobernadores” administradores de la mezcla de la burocracia, los mercados y las redes.

Los funcionarios competentes del ejecutivo político ahora deben dominar las habilidades para la administración de complejos, no cuestiones rutinarias, políticas y relaciones en las redes; es decir, meta-gobernar, expansión de los límites, y el liderazgo colaborativo. La tarea es gestionar la mezcla de la burocracia, los mercados y las redes. No es discutible que el servicio público necesita nuevas habilidades, pero es un paso demasiado lejos para hablar de estas nuevas habilidades que requieren una verdadera transformación cultural.

La Nueva Gobernanza Pública – NGP, la gobernanza es la adopción de los valores y prácticas empresariales en el sector público. Las dos variantes principales de la NGP son el modelo Westminster (Nueva Zelanda, Australia, Canadá y el Reino Unido) y el modelo de la reinversión del gobierno (EE.UU.) (Kettl, 2006). Este segundo enfoque considera que la suma de los intereses particulares genera un resultado congruente con el de los grupos mayores de ciudadanos (consumidores). Las vertientes teóricas principales de la NGP son la teoría gerencial racionalista (managerialism), la teoría de la acción racional para la maximización de utilidades (public-choice theory), la economía de los costos de transacción (transaction costs) y la teoría del agente principal (principal-agent).

Gobernanza quiere decir justamente la existencia de un proceso de dirección de la sociedad que ya no es equivalente a la sola acción directiva del gobierno y en el que toman parte otros actores: un proceso directivo postgubernamental más que antigubernamental. Es un nuevo proceso directivo, una nueva relación entre gobierno y sociedad, que difícilmente puede ser ya en modo de mando y control, en virtud de la independencia política de los actores sociales y de su fuerza relativa en virtud de los recursos que poseen. Más aun, la gobernanza incluye a la gobernabilidad, en tanto requiere la acción de un gobierno capaz y eficaz, pues sin esta condición cumplida no existiría una condición esencial para que pueda haber dirección de la sociedad antes y ahora; pero el gobierno competente es sólo uno de los actores requeridos para una dirección exitosa de la sociedad. En este sentido, gobernanza significa el cambio de

proceso/modo/patrón de gobierno: el paso de un centro a un sistema de gobierno, en el que se requieren y activan los recursos del poder público, de los mercados y de las redes sociales. En conexión, es el paso de un estilo jerárquico centralizado a un estilo de gobernar asociado e interdependiente entre organismos gubernamentales, organizaciones privadas y sociales (Aguilar, 2007).

La noción de gobernanza en la NGP es demasiado reducida. En situaciones de corrupción y/o poca transparencia, tal como lo señala Rhodes (2014), para el caso de Rusia, la privatización que propone la NGP beneficia a unos pocos amigos del grupo en el poder. Además, la administración de los asuntos privados es muy distinta de la administración pública. Mientras en la administración pública se rinden cuentas a diversos grupos sociales bajo criterios sociales, en la administración privada se rinden cuentas a un propietario o grupo de accionistas asociados por el afán de lucro; por otro lado, los proveedores de servicios rinden cuentas a sus contratistas en vez de servir directamente al interés público. La filosofía y la práctica de la NGP crean instituciones administrativas frágiles que erosionan la confianza en el gobierno (Terry, 2006) y su ideología cuestiona el papel cultural y filosófico de la democracia (Peters & Pierre, 2004).

La gobernanza es el ejercicio de la autoridad pública. Es un concepto más amplio que el de gobierno. Son las tradiciones, instituciones y procesos que determinan el ejercicio del poder en una sociedad, incluyendo cómo se toman las decisiones en asuntos de interés público y cómo los ciudadanos participan en las decisiones públicas. En esta modalidad de gobernanza los ciudadanos escogen los servicios públicos que desean, deciden las cantidades y definen el modo de provisión mediante mecanismos de participación ciudadana, tales como fondos, contratos, sociedades y convenios. En el NGP el estado depende cada vez más de otras organizaciones para llevar a cabo sus metas, aplicar sus políticas y definir su estilo de gobierno. Este enfoque tiene como antecedente la nueva administración pública (Rhodes, 2014).

La NGP sólo es real, como planteamiento. En el mundo hay un continuum de gobernanzas que van desde el modelo estatista (el gobierno es el actor principal) hasta la “gobernanza sin gobierno” (los actores sociales son más importantes que el gobierno). Los modelos de gobernanza que se acercan al modelo ideal del nuevo servicio público

serían la escuela holandesa (el estado es uno de los muchos 127 Contaduría y Administración, No. 233, enero-abril 2011: 121-147 actores que participan en las redes sociales de gobierno) y el de “gobernanza sin gobierno,” ya mencionado (Peters & Pierres, 2004). La gobernanza del nuevo servicio público es más democrática que en los enfoques anteriores porque intervienen más actores sociales dispersos en diferentes niveles en la toma de decisiones. Sin embargo, esta multiplicación o “sobrecarga” de actores no garantiza que se resuelvan los problemas y dificulta saber quién está a cargo o con quién realizar acuerdos generales. Por esta razón, Peters (2002, 2006), aclara que el incremento de la importancia de los actores no-gubernamentales no implica la desaparición del estado, sino una atenuación de las decisiones jerárquicas en la toma de las decisiones públicas.

La sociedad civil en los países, la constituyen organizaciones sociales que existen como estrategia de sobrevivencia. Sería absurdo suponer que los incentivos a estas organizaciones, aunque buenos para mitigar el hambre, llevan a una buena gobernanza. En otros casos, especialmente en países con guerra civil reciente, la sociedad civil es un grupo muy heterogéneo entre los que se cuentan los traficantes de armas y drogas, torturadores y personas acostumbradas a la violencia o dominadas por el odio étnico (Hewitt, 1998).

Las acciones que no lleguen al nivel de las fuentes de poder y propicien reacomodos favorables a la buena gobernanza en el nivel de las prácticas sociales terminan por fortalecer la situación que pretenden superar. Los representantes de una sociedad que tengan claro esta lógica no se dejarán engañar por recetas internacionales que representan intereses particulares, resistirán la adopción nacional acrítica de políticas públicas de moda y dudarán de la retórica numérica de los reportes públicos.

El enfoque de gobernanza es postgubernamental. El enfoque apunta a la necesidad o conveniencia de un nuevo proceso directivo de la sociedad más que a la reproducción del proceso directivo estructurado por la acción del gobierno aun si dotado con la totalidad de las capacidades requeridas. Su supuesto básico es la noción de que en las actuales condiciones sociales (nacionales e internacionales) el gobierno es un agente de dirección necesario pero insuficiente, aun si dotado con todas las capacidades requeridas y aun si sus acciones aprovechan a cabalidad las muchas capacidades que le han sido

otorgadas. Por consiguiente, se requieren y se valoran las capacidades sociales para una dirección satisfactoria de la sociedad (Ongaro, 2009).

En las actuales condiciones, el gobierno es un agente legítimo y necesario de dirección de la sociedad, pero sus ideas, acciones y recursos son insuficientes para definir por sí mismo los futuros de interés social y sobre todo para realizarlos, dado que los problemas y desafíos que la sociedad enfrenta actualmente y ha de resolver para preservar o mejorar sus niveles de integración, seguridad y calidad de vida rebasan por su magnitud, complejidad y dinámica las capacidades de respuesta que el gobierno posee (así como las capacidades de cualquier actor social). En el enfoque no basta la legitimidad política del gobierno debido a que la acción de gobernar incluye componentes financieros, técnicos y gerenciales, y debido particularmente a que la dirección efectiva de la sociedad requiere, además de las capacidades que posee el gobierno, las capacidades y recursos que poseen actores no políticos y extragubernamentales. El gobierno visionario y capaz de subordinar a los actores económicos, civiles y políticos en la definición de los objetivos de la vida social y de su proceso de realización, ya no opera en las condiciones contemporáneas de democracia, creciente autonomía (independencia y autorregulación) de personas y organizaciones sociales en numerosos campos de su vida, diferenciación funcional de la sociedad, globalización de la economía. Vivimos una situación social de gobierno débil. Para resolver los problemas y superar los desafíos actuales se requiere ascender a un nivel superior de información, inteligencia, recursos, organización y eficiencia que rebasa las potencialidades gubernamentales y las de cualquier actor económico y social, razón por la cual se exigen formas sinérgicas de deliberación, interacción y asociación público-privada, gubernamental-social: conjunción de jerarquías, mercados y redes sociales. A esto se debe que la sociedad económica y civil haya adquirido mayor influencia en la definición de los objetivos, metas y sueños de sociedad, así como en la definición de las normas y políticas a seguir para producir las metas sociales. Más aun, su participación se ha vuelto decisiva para realizar los objetivos decididos, en la medida que posee recursos financieros, cognoscitivos, organizativos, comunicacionales que el gobierno no posee o no en la magnitud requerida y que son fundamentales para que la sociedad se dirija hacia futuros de valía.

Las reformas del análisis de políticas públicas y de la NGP, en busca de eficiencia económica, rebasaron su perímetro gubernamental-administrativo y detonaron efectos institucionales y políticos, que tomaron forma en una nueva relación directiva de los gobiernos con las organizaciones de la sociedad. Asimismo, la democratización de los regímenes autoritarios y el restablecimiento progresivo del Estado de derecho han generado desde la ciudadanía y la sociedad civil nuevos modos de relacionarse con el gobierno bajo exigencias de participación y control, así como de certidumbre e igualdad jurídica. Distintivo de América Latina es, que la dimensión institucional y la gerencial se han enlazado en la ideación e implementación de las múltiples reformas, aun si padecemos todavía notorias deficiencias institucionales y gerenciales. Las reformas administrativas fueron causa y efecto de las reformas político-institucionales, así como éstas han sido también causa y efecto de las reformas de la organización, gestión y operación de la administración pública. La formación de un gobierno competente y responsable, con mejor capacidad directiva. La resultante es otro modo de gobernar, no exento de limitaciones y riesgos, pero que previsiblemente será el modo directivo de las próximas décadas. El retorno a la nueva gobernanza pública por el gobierno, y por uno que supuestamente tiene bajo su control cognoscitivo y práctico al mundo social, es una opción tal vez imaginable pero no viable (Aguilar, 2007).

#### *4.4. Servicios de Salud como Bienes Públicos*

Los servicios de salud no son bienes que pueden ser comercializados a través de los mecanismos tradicionales de mercado sin demasiados inconvenientes. Independientemente de su peso económico, estos servicios poseen ciertas particulares en tanto bienes preferentes, es decir, bienes que ya sea el Estado o la sociedad en su conjunto deciden que deben ser otorgados independientemente de su poder de compra; y que por razones de equidad y de eficiencia no deberían ser provistos por el mercado de acuerdo a economistas como Nicholas Barr (1987). Según este autor, los supuestos de competencia perfecta de la teoría económica clásica fallan en relación a cuestiones de salud mucho más gravemente que en cualquier otra área de política pública: en primer lugar, la información de los consumidores es extremadamente imperfecta, por lo que entre otras cosas no se pueden predecir los costes de la atención; y aunque el consumidor de los servicios de salud tuviera la información, la misma es tan

especializada que sería muy difícil interpretarla sin ser justamente un profesional del sector. Por otra parte, como nadie sabe en realidad cuánta “salud” necesitará adquirir, será imposible predecir racionalmente estos niveles. Finalmente, algunas acciones dentro del sector de la salud poseen intrínsecamente grandes externalidades tanto positivas como negativas un claro ejemplo puede ser el de las campañas de vacunación, y los costes o beneficios de las mismas quedan por fuera de la regulación del mercado (Barr, 1987).

Por lo tanto la salud, al igual que otros servicios públicos en los que se lleva adelante alguna forma de aseguramiento, presenta los problemas de heterogeneidad del producto, de la información escasa y asimétrica entre oferente y demandante que debería existir en cualquier área que pretenda desarrollar un mercado competitivo, al tiempo que el consumidor en este caso no es en líneas generales el pagador de la totalidad del costo (Garrido, 1999). Más allá de las configuraciones que adquieran finalmente la organización y prestación del servicio, regulación estatal de prestadores privados, provisión pública o mediante una combinación de distintas alternativas: parece claro que un mínimo de regulación estatal será imprescindible para garantizarle al conjunto de la ciudadanía unos niveles básicos de bienestar, además de la difusión de la información necesaria y relevante para que los ciudadanos tomen las decisiones que crean convenientes y de la forma más responsable posible.

Este hecho determina que con la única excepción de Estados Unidos aunque esto parece estar cambiando con la aprobación de la reforma impulsada por el gobierno de Barak Obama todos los países desarrollados mantengan, de una forma u otra, bajo el control gubernamental los aspectos más relevantes de dicho servicio. En este sentido, José Manuel Freire propone una especie de “Estándar Internacional de Servicios de Salud de los países avanzados” compuesto por: la cobertura universal de la población con un sistema de seguro público y/o obligatorio; la financiación pública de este seguro de acuerdo al nivel de renta; cobertura amplia de prestaciones y mecanismos de control de costes que aseguren la sostenibilidad financiera del sistema (Freire, 2003). Pero como sostiene el mismo autor y se intentará desarrollar más adelante, la existencia de acuerdos o elementos comunes entre sistemas no inhibe de ninguna manera la existencia de grandes diferencias a la hora de organizar y gestionar estos elementos comunes.

Además, la especialización tan grande de la actividad médica implica como ya fue mencionado, un poder enorme en manos de los médicos como portadores de ese saber especializado. Por este motivo, la relación con el paciente nunca va a ser simétrica en lo que a información se refiere. “Ello convierte a los médicos en agentes hegemónicos en el proceso de atención de salud, y la asignación de recursos obedece sobre todo a las decisiones de la oferta” (Alonso, 1999). Pero además el problema puede radicar en que estas posiciones son trasladadas muchas veces por los cuerpos médicos al ámbito más gerencial de los centros de asistencia, y es por este mismo motivo que aparece como conveniente o incluso necesaria la participación de actores estatales que si bien tampoco pueden igualarse en conocimiento, al menos poseen el poder de representación de los intereses del conjunto de la ciudadanía, evitando al menos en gran medida abusos de poder o manipulación en el tratamiento de la información (Garrido, 1999).

Un Estado democrático de derecho, como el formato que predomina en las sociedades occidentales actuales, no puede permitirse un sistema de salud estrictamente privado simplemente por el hecho de que la propia dinámica del mercado tendría más incentivos para excluir, que incorporar a determinadas personas ya sea como consecuencia de sus reducidos ingresos o por enfermedades cuyo tratamiento es demasiado costoso. Cuando la eficiencia económica prima sobre cualquier otro valor, la exclusión es generalmente una consecuencia común, como ocurre en el caso recién mencionado de los Estados Unidos, o en América Latina con países como Chile o Colombia (Homedes & Ugalde, 2005).

Este punto referido al carácter público de los servicios de salud, y el consiguiente rol que debe jugar el Estado dentro del sistema, presenta un fuerte componente ideológico. Para las posiciones liberales, la atención de la salud es un asunto de caridad y no de justicia; la multiplicidad de planes de atención de acuerdo al precio que se pague representa la justa adquisición en materia de salud. Marx en cambio, partiendo de los socialistas utópicos propuso la idea de que a cada uno debe exigírsele según su capacidad, y dársele según sus necesidades. Así, en los países del ex bloque socialista y en Cuba no se habla de derecho a la salud sino de necesidades de salud que son cubiertas por un sistema único de salud (Hernández Álvarez, 2005). Los socialdemócratas finalmente, intercedieron entre estos extremos y convirtieron a la asistencia sanitaria en un derecho exigible al Estado por el conjunto de la ciudadanía; lo

que llevó a que se expandiera la cobertura, esencialmente a través de la seguridad social (como en el caso de Bismarck) o de un servicio único, apoyado en el sistema Beveridge. De aquí surgen entonces dos cuestiones a tener en cuenta: existen alternativas de política en el contexto actual, y las opciones son construidas históricamente por las sociedades. Esto de ninguna manera inhibe la existencia de hegemonías o predominios de una opción sobre otra.

De acuerdo a Garrido, la solución a estos problemas de selección adversa y expulsión se encuentra en garantizar el acceso universal a los servicios de salud a través de un esquema de seguro automático y obligatorio (Garrido, 1999). Desde este punto de vista, no serán los prestadores privados, pero sí el Estado, el actor con capacidad de incentivar o desmotivar el consumo de algunos productos o la realización de prácticas que pueden prevenir la aparición de los problemas de salud más importantes; al tiempo que también puede ser el único capaz de implementar medidas de contención del gasto lo suficientemente efectivas en caso de que se produjera un sobreconsumo como consecuencia del bajo coste del servicio para los ciudadanos.

Estos factores estarían dando cuenta del componente redistributivo que acompañaría la intervención estatal, y que sería por demás deseable y esperable. Sin embargo, también aclara en su trabajo que los fallos de mercado que caracterizan al sector de la salud podrían resolverse mediante algunos instrumentos de regulación y mediante cierto grado de participación pública en la financiación. En realidad, la cuestión del aseguramiento obligatorio podría resolverse sin necesidad de que el Sector Público fuese el proveedor (Garrido, 1999). Este punto de carácter eminentemente político de la acción de elegir cualquier sistema de involucramiento del Estado en materia de atención de la salud.

Como se observará más adelante en el caso de las reformas de salud en América Latina, no han sido pocos los casos en los que dicho vínculo entre subsistemas públicos y privados se ha saldado mediante la configuración de paquetes básicos de servicios de salud que deben ser garantizados y muchas veces provistos por las instituciones públicas; dejando como competencia exclusiva de los prestadores privados, aquellas actividades que hayan quedado por fuera de dicho paquete. Sin embargo, el contenido de servicios del paquete básico ofrecidos por el Estado tendrá un impacto determinante en la equidad del sistema, debido a que el resto de servicios tendrán como factor



excluyente la posesión o no de los medios económicos necesarios para adquirirlos. Generalmente, dicho paquete básico se centra en las cuestiones relacionadas con la atención primaria, las enfermedades más comunes y las actividades de prevención; dejando para los prestadores con fines de lucro aquellos cuidados que requieren alta inversión en tecnología, donde por lo tanto se encuentran las mayores posibilidades de lucro. Por otra parte, el impacto sobre la equidad en este punto también se pone de manifiesto sobre todo en aquellos casos de diferentes colectivos que gozan de convenios específicos como los empleados públicos, policías o las fuerzas armadas, ya que de esa manera se están introduciendo factores que rompen con la solidaridad del sistema, ya que muchas veces estos grupos acceden a prestaciones con costes mucho más inferiores a los que se acceden normalmente para el resto de la ciudadanía, pero con recursos públicos.

#### *4.5. Instrumentos de Gestión y Provisión de los Servicios de Salud*

La intención de esta sección es presentar y detallar una serie de instrumentos de gestión característicos de este último período de impulsos reformistas, pero centrándose particularmente en aquellos que han significado un mayor impacto a la hora de gestionar instituciones de salud, financiar y proveer dichos servicios. Si bien el sector de la salud presenta una serie de características que lo distinguen de otros sectores de la política, lo cierto es que en materia de gestión este, al igual que otros sectores como el educativo, presentan en buena medida una serie de problemas y desafíos comunes a los debates producidos en niveles de generalidad mayores, particularmente en los debates más amplios sobre reforma del Estado.

Además de la caracterización de cada instrumento de gestión, se intenta indagar en la asociación de los mismos con alguna de las corrientes de reforma administrativa presentadas anteriormente, para así aportar mayores elementos de análisis de cara al repaso de las diferentes reformas que se han producido en los sistemas de salud en los últimos años. Esta relación es considerada un aporte muy relevante de este trabajo, en la medida de que, en líneas generales, las dimensiones evaluadas por la literatura especializada en reformas de los sistemas de salud no profundiza demasiado sobre las innovaciones más corrientes en materia de gestión, ya que por ejemplo son

mencionados aumentos en los copagos de medicamentos, pero no indagan en los impactos de dichos cambios institucionales sobre los fundamentos del sistema en su conjunto.

En cuanto al financiamiento de los sistemas de salud, parece claro que hoy en día la discusión no se encuentra en torno al eje público-privado, debido fundamentalmente al hecho de que estos sistemas se nutren de diversas fuentes de ingreso, como por ejemplo los impuestos, las contribuciones obligatorias a un seguro social, las contribuciones voluntarias a seguros de carácter privado o el pago directo del bolsillo por parte del usuario del servicio. Dentro de este escenario, los principales debates se centran fundamentalmente en la eficacia de la recaudación y la equidad de estos instrumentos. Así, los países con estructuras sólidas de financiamiento encontrarán más efectiva la recaudación de fuentes públicas, al tiempo que en términos de equidad, generalmente el sistema será más equitativo en la medida que logre separar el pago del seguro de la utilización de los servicios (Burchard, 2009). La combinación de estos dos criterios determina que la mejor opción en términos de eficacia y equidad parezca ser la recaudación a través del pago de impuestos generales por parte de la ciudadanía.

La nueva propuesta de arquitectura orgánica para las instituciones públicas en el Ecuador, pretendía establecer competencias claras para cada institución y se las fue colocando de acuerdo a su naturaleza, a través de instrumentos técnicos como matrices de competencias y modelos de gestión que permitan evidenciar y diferenciar de ser el caso. Con esto se alinearon todas las instituciones públicas a un solo Plan Estratégico que se lo denominó Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.

Partiendo de los conceptos descritos anteriormente vamos analizar su aplicación en el Ecuador desde el 2008 con nuevos enfoques planteados en una nueva Constitución.

En el caso de Teoría de Elección de lo Público el Estado ecuatoriano empezó con la recuperación de empresas estatales en ámbitos estratégicos como telecomunicaciones, electricidad, agua potable etc. Para ello se crearon empresas públicas las cuales pasaron a tener el control administrativo y técnico de la provisión de servicios públicos a manos de empresas privadas. En el caso de las telecomunicaciones se establecieron alianzas estratégicas con empresas privadas con el fin de no monopolizar el servicio, en otros casos como el de la energía eléctrica se monopolizó el servicio por parte del Estado.

Para el tema de reestructuración de la arquitectura orgánica del estado, se empezó por un proceso de reingeniería en las instituciones públicas partiendo con la Secretaría Nacional de Administración Pública (SNAP), esta institución se encargaría de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las instituciones públicas a través de la generación de políticas públicas que optimicen los recursos asignados .

Por otro lado la Planificación se articuló en una sola institución pública, a través de la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), rectora en la generación de políticas públicas para una efectiva descentralización y desconcentración de los niveles de gobierno en todo el territorio nacional.

Se aprobaron leyes y reglamentos que dieron paso a una nueva organización territorial; antes de la Nueva Constitución de la República del 2008, el país se lo dividió administrativamente en cuatro regiones (Costa, Sierra, Oriente e Insular), cada una de estas regiones tenían como elementos a provincias, cantones y parroquias.

Partiendo de la misma célula como son las parroquias, cantones y provincias, se establecieron 9 zonas, las cuales tienen como fin fortalecer su territorio, a través de las capacidades y potencialidades de sus provincias, cantones y parroquias autonomía administrativa y financiera. Con ello se definió competencias exclusivas para cada nivel.

Con esta nueva distribución territorial las instituciones públicas empezaron con una mayor desconcentración o descentralización de ser el caso, de sus servicios prestados a cada nivel del territorio ecuatoriano.

Como ejemplos de desconcentración podemos citar los Ministerios de Salud Pública, Educación, Vivienda e Inclusión Social, los cuales como parte de sus modelos de gestión de alta desconcentración y baja descentralización, llegan a estar presentes con personal institucional en la mayor parte de cantones y parroquias.

En el siguiente gráfico 1 se establece la nueva distribución territorial.

**Gráfico 1.- Distribución Territorial del Ecuador**

Fuente: SENPLADES, 2013

123

La rendición de cuentas, es otro de los factores fundamentales que el gobierno central adopto, medidas que evidencian su gestión, a través de mecanismos comunicacionales. Televisión, radio y prensa son sus principales instrumentos de diálogo con el ciudadano., aprovechando la masificación de las herramientas tecnológicas de la información y comunicaciones.

Con respecto a este tema el estado ha explotado al máximo el fortalecimiento de toda la plataforma tecnológica institucional. Como ejemplos podríamos citar mejora seguimiento de proyectos (GPR), o el caso de una mejora en la gestión documental a través del sistema (QUIPUX). Con respecto a este último fue desarrollado e implementado con el fin de trabajar bajo el concepto de “cero papeles” en el gobierno y obtener un seguimiento a todos los documentos que se envían a diario en el sistema público.

En el caso sistema GPR (Gobierno por Resultados), tuvo como misión estructurar un tablero de mando integral que permita evidenciar el avance de todos los planes, programas y proyectos gubernamentales, a través de indicadores de resultados. Por otra

parte busca un efectivo seguimiento y control de los procesos internos de las instituciones públicas para una oportuna toma de decisiones de sus autoridades.

Como último ejemplo de la utilización de herramientas tecnológicas que permitan optimizar los recursos financieros asignados a cada institución pública, está el eSIGEF.

En relación a los actores que se generan entre lo público y la sociedad, está el de ciudadano – político – ejecutor; este enfoque cambio en el Ecuador, tomando como base lo establecido en la Constitución, el ciudadano paso a ser el centro de los servicios públicos, por tanto las organizaciones públicas tienen la responsabilidad de atender a través de servicios y productos de calidad. Aparentemente la relación se estrechó. Sin embargo para ello el gobierno aumento el número de funcionarios, con la contratación de servidores públicos para satisfacer las necesidades de los ciudadanos, contrario a lo planteado por los autores en disminuir la burocracia.

Finalmente lo relacionado al cambio de la cultura organizacional de las instituciones públicas ha tenido un gran impacto en las instituciones públicas. La debilidad institucional del Estado no eliminó los problemas de corrupción e ineficiencia de la administración pública. Actualmente, uno de los retos consiste en que la reforma del Estado venga acompañada de un servicio civil profesionalizado. La estructuración de una carrera pública estable y meritocrática es una tarea fundamental después del desprestigio experimentado en la función pública.

En este proceso de recuperar la capacidad de gestión del Estado y profesionalizar el servicio civil un elemento importante es contar con una Escuela de Gobierno y Administración Pública, pues ese Estado estratégico, dinámico e inteligente necesita de servidores públicos capacitados en temas como administración pública, planificación, políticas públicas, diseño, monitoreo y evaluación de proyectos de inversión, gestión de la participación ciudadana y gobierno electrónico.

## CAPÍTULO V. SISTEMAS DE SALUD: TIPOS Y REFORMAS EN AMERICA LATINA

### *5.1. Introducción*

La atención de la salud es sin lugar a dudas uno de los mayores componentes de los regímenes de bienestar, ya sea por su peso en la economía de un país, por el nivel de empleo que genera, o por la importancia simbólica que tiene el funcionamiento del sistema de salud a nivel de la ciudadanía en su conjunto; pero fundamentalmente el rol que el Estado juega en dicha arena de política pública. Sin embargo, a pesar de que los diferentes problemas y tensiones que han sufrido y sufren en líneas generales los regímenes de bienestar tienen un correlato directo en los sistemas de salud – por ejemplo ningún otro sector de política ha sido tan permeable a los problemas asociados con la contención de costos (Moran, 2000). La literatura que se ocupa de los servicios y sistemas de salud, generalmente discurre por un camino paralelo a las discusiones, debates y tipologías de los Estados o Regímenes de Bienestar. Sin duda una de las principales razones de esta separación se encuentra en el hecho de que la literatura de Bienestar está orientada prácticamente en su totalidad al área de la seguridad social y a las transferencias monetarias directas (Reibling, 2010).

125

---

Los sistemas de salud, al mismo tiempo que son influenciados por el resto de componentes de los Estados de Bienestar, también responden a dinámicas internas muy específicas. Entre estos puntos de especificidad se encuentra la necesidad de que el gobierno centre gran parte de su intervención en el ámbito de la salud en las siguientes dimensiones: el consumo, la provisión y la incorporación de tecnología en los servicios de salud. Dichos procesos fueron incorporados paulatinamente al campo de la intervención pública, respondiendo a las necesidades cada vez mayores de las diferentes etapas históricas. En este sentido, la necesidad de gobernar el consumo por ejemplo, habría surgido a partir de dos cambios sustantivos en el área de la atención de la salud. Por un lado, los cambios organizativos y tecnológicos desarrollados a lo largo del siglo XIX que permitieron mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las acciones curativas realizadas en los centros hospitalarios; y por otra parte, el viraje producido por los

seguros de salud que originalmente se habían concentrado en el mantenimiento de los ingresos durante el período de convalecencia del trabajador, y que posteriormente pasaron a cubrir directamente los costos de la atención de la salud.

El poder de veto o la capacidad de negociación de la industria farmacéutica a la hora de la toma de decisiones políticas, no menos relevante es el hecho de que el avance de la industria ha sido, y es sin dudas, uno de los principales factores que han presionado el aumento de los costos de atención de manera exponencial. Este hecho no es menor a la hora de referirnos a la capacidad de rectoría o liderazgo del Estado, en la medida en que dichas industrias son netamente privadas pero se encuentran fuertemente condicionadas por el tipo de regulación desarrollada desde el ámbito público.

## *5.2. Sistemas de Salud: Tipos y Principales Características*

Según la Organización Mundial de la Salud, los Sistemas de Salud comprenden a todos los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas. Además, los buenos sistemas de salud propenden al logro del mayor y más equitativo estado de salud posible (OMS, 2000). La construcción histórica de las diferentes formas de organizar la gestión y distribución de estos recursos entre los diferentes países ha respondido a una serie de arreglos políticos e institucionales particulares y con un variado grado e intensidad de participación por parte de los distintos actores relacionados con esta política pública.

El reconocimiento de diferencias entre los sistemas de salud contemporáneos, y particularmente en los procesos político-institucionales que terminaron en dichas configuraciones, no inhibe para nada el hecho de que también se haya dado hasta cierto punto algunos avances convergentes entre países, sobre todo a partir de la confluencia de una serie de problemas vinculados tenemos los cambios en el perfil epidemiológico de las sociedades o al aumento sostenido de costos en la atención médica. Por eso en la actualidad, prácticamente en todos los países desarrollados, con la excepción de Estados Unidos, el acceso a un paquete mínimo de servicios de salud está garantizado formalmente para el conjunto de la ciudadanía, aunque como se observará a continuación, a partir de diferentes esquemas de aseguramiento. Por lo tanto, las

diferencias más importantes se encontrarán en torno a las formas de financiar y/o gestionar el sistema; y cómo acceden efectivamente los ciudadanos a los servicios de salud.

En la literatura sobre la materia parece existir un amplio consenso respecto a cuáles son las principales dimensiones de los sistemas de salud y cuáles son las funciones del Estado en materia de salud: Financiamiento, Provisión y Regulación. Es a partir de estas dimensiones por un lado, y de los diferentes roles que juegan en cada una de ellas los diferentes actores estatales, privados y sociales que principalmente se han ido construyendo las diferentes tipologías que pretenden dar cuenta de la diversidad de sistemas de salud (Wendt et al, 2009).

Las tipologías de estos últimos en particular la de Esping Andersen no aportan demasiados elementos para la clasificación de los sistemas de salud. Esto se debe a que las mismas están construidas en base a los sistemas de seguridad social, y por lo tanto se concentran en la transferencia de recursos monetarios, mientras que una tipología de sistemas de salud debe centrarse en los servicios sociales (Moran, 2000). Por lo tanto, los aportes o caracterizaciones pueden surgir de la consideración del sector salud como uno de los seguros sociales.

Probablemente la clasificación de sistemas de salud más básica parta de cuáles son las principales fuentes de ingresos del sistema, se pueden identificar dos sistemas de acuerdo a sus mecanismos de financiamiento: el “modelo Bismarck”, apoyado en la Seguridad Social y la contribución de los ciudadanos mediante cotizaciones obligatorias, y el “modelo Beveridge”, que está financiado por impuestos esencialmente, y que se organiza en torno a un Sistema Nacional de Salud (Freire, 2006). El primero de estos modelos presenta como claro referente el caso alemán principalmente (como su nombre lo indica), pero en general se podría encontrar en la mayoría de países con EB corporativo de Europa como Francia o Austria; mientras que el modelo de los SNS fue durante mucho tiempo Inglaterra, y a él se fueron sumando los países nórdicos y algunos países del sur de Europa como España o Italia (Moreno, 2007).



Si bien esta distinción es la que ha permeado casi todos los debates, lo cierto es que actualmente los diferentes casos y sus respectivas reformas están dando cuenta de un panorama cada vez más híbrido. A partir de esta primera distinción fundamental, las diversas tipologías han ido complejizando el tipo y cantidad de variables para clasificar a los sistemas de salud.

Por ejemplo en el caso de aquellos investigadores que parten de la distinción entre sistemas Bismarck y Beveridge, el propio Freire analiza en torno a estos modelos la relación entre financiador y proveedor, así como también la vinculación de dicha relación con el financiamiento del sistema. Según el autor, hay dos alternativas de relación: la contratación o la integración (Freire, 2006). La primera, más común en los modelos Bismarck, se caracteriza por la compra de quien posee los recursos económicos los organismos públicos responsables de los servicios de salud necesarios para una cobertura aceptable. En este caso, el vínculo por excelencia entre financiador y proveedor es el contrato, que mantiene claramente diferenciada a ambas funciones. Pero a diferencia de este modelo, los países con Sistema Nacional de Salud generalmente tienen conviviendo dentro de la misma organización (pública) tanto al proveedor como al financiador. La adopción de una u otra estrategia no será “neutral” para las organizaciones encargadas de prestar los servicios de salud, y por lo tanto los efectos de cada actuación sobre la ciudadanía no serán iguales.

También siguiendo a Freire, podemos observar en la tabla 4 cómo la adopción de un modelo u otro trae aparejada implicaciones en la forma en que se organiza el sistema, que van a repercutir directamente en aspectos centrales de la provisión del servicio, como son la existencia de listas de espera o los costos de la totalidad del sistema.

**Tabla 4.- Características de los Modelos Bismarck y Beveridge de Atención de la Salud**

	<i>Modelo Bismarck</i>	<i>Modelo Beveridge</i>
<b>Atención Primaria</b>	No existe, es algo separado del resto de la atención	Muy desarrollado (puerta de ingreso a los servicios)
<b>Proveedores</b>	Gran diversidad (privadas, del tercer sector, con y sin fines de lucro)	Mayoritariamente las entidades son de carácter público
<b>Vínculo laboral de los médicos</b>	Autónomos, muchas veces cobran por actividad médica	Contratados directa o indirectamente por la Autoridad de la Salud.
<b>Libertad de elección para el usuario</b>	Mucha debido a la variedad de organizaciones y a la no organización territorial de los servicios	Se le asigna un centro de atención primaria y un hospital general de acuerdo a su residencia

Fuente: Freire 2006

La experiencia en el primer caso muestra que prácticamente no se producen grandes problemas con las listas de espera debida justamente a la posibilidad de movilidad que tienen los usuarios de los servicios, que les permite optar por aquellas instituciones que le ofrezcan una atención más ágil. Como contrapartida, una configuración de este estilo donde las instituciones proveedoras se ven obligadas a competir por los ciudadanos y sus recursos, sumado al hecho de que los médicos cobran por cada acto, van a determinar que comparativamente el financiamiento de este modelo va a ser bastante más caro que los SNS y pueden llegar a tener un impacto directo sobre la equidad en el acceso a los servicios. Desde el otro lado, claramente la reducción de las listas de espera sobre todo a nivel de consulta de los diversos especialistas es una de las cuestiones más complejas de resolver por parte de las autoridades de los SNS, ya que es una de las variables que más influye en la valoración que la ciudadanía realiza del servicio.

Pero para complejizar un poco más la cuestión, tampoco podemos considerar acríticamente a los ejemplos concretos de estas categorías como homogéneos, ya que aquí también se pueden encontrar diferencias importantes, particularmente con los vínculos laborales de sus médicos. En este sentido, dentro de los SNS se puede al menos realizar una distinción no menor entre aquellos países como Gran Bretaña donde, a pesar de ser funcionarios públicos, los trabajadores del sector poseen un estatus laboral diferente y casi en su totalidad equiparable al de los empleados del sector privado; y

casos como el de España, donde a pesar de que en los últimos años la situación viene diversificándose cada vez más; los funcionarios de la salud mantienen en líneas generales un estatuto profesional con una matriz más cercana a los modelos weberianos.

Sin embargo, más allá de la introducción de otras dimensiones en el análisis de estos modelos de atención, algunos autores consideran que debido a que la tipología está construida a partir de cuestiones financieras y organizacionales tan generales, la misma no es suficiente para alcanzar una mejor caracterización y comprensión de los sistemas de salud existentes. Así, diversos estudios fueron instalando, con mejor o peor justificación, nuevas dimensiones para catalogar a los diversos tipos de sistemas de salud, entre las que se encuentran: el grado de autonomía de los médicos, la propiedad pública o privada de los servicios, la unidad organizacional principal del sistema, el grado de control estatal sobre la producción y las bases de acceso a los servicios, entre otras (Brugué, 2006).

Por otra parte, si bien se desarrollan dos clasificaciones diferentes de los sistemas de salud, ambas aportan elementos importantes sobre dos cuestiones centrales para esta investigación: por un lado, aporta una tipología de los sistemas de salud a partir del rol que desempeñan los tres actores centrales de este proceso (Estado, sociedad y mercado) en el cumplimiento de las tres funciones esenciales de cualquier sistema de salud (financiamiento, provisión y regulación). Así, la provisión puede ser tanto pública como privada, y a su vez esta puede ser con o sin fines de lucro; la regulación puede venir directamente desde el Estado, consistir en una autorregulación social, o por mecanismos de mercado aunque preservando el control en última instancia del Estado; mientras que el financiamiento puede venir de impuestos, de seguros sociales o de contribuciones directas de los privados (Wendt et al, 2009).

El cruce de estas variables otorga una tipología compuesta por 27 categorías correspondientes a los siguientes criterios: tres categorías responden a los “ideales tipo” denominados Estatales, Públicos y Privados. A su vez, dentro de cada tipo ideal existen seis sistemas de tipo mixto con predominio de los arreglos clásicos de dicho ideal. Finalmente, la tipología incluye seis sistemas mixtos puros, en los que no se encuentra ningún tipo de uniformidad e incluso podrían ser eliminados de la tipología ya que no existen casos específicos que se encuentren allí.

Esta tipología permite esencialmente colocar a los casos en estudio dentro de un continuo análisis, para a partir de allí, poder determinar la orientación que van tomando las distintas transformaciones de un sistema de salud a lo largo de un período en determinado tiempo. En este sentido, parece atractiva la idea de vincular a los diferentes tipos de cambio dentro de la clasificación con los niveles de cambio institucional de primer, segundo y tercer orden manejados por Peter Hall (1990). Una reforma determinada será considerada como un “cambio de sistema” o de paradigma, cuando el sistema de salud analizado pasa de los dominios de un tipo ideal a otro. En cambio será considerado un “cambio interno” o cambio de segundo orden aquel que presenta cambios en una de las dimensiones de análisis pero dicho cambio no logra alterar el peso del actor relevante. Por último, los “cambios internos de niveles” son aquellos que producen transformaciones dentro de las distintas dimensiones pero que no logran cambiar efectivamente el sentido de las mismas.

Pero como contrapartida, esta tipología falla a la hora de dar cuenta de características más complejas de los sistemas de salud, y por lo tanto, ofrecen poco margen para diferenciar algunos estilos de gestión entre casos de una misma categoría, es decir: no permiten captar ciertas diferencias en relación a las capacidades institucionales, ni al peso o autonomía real de los diferentes actores del sistema. A partir de estos problemas, el propio Wendt (2009), toma como indicadores para elaborar una nueva clasificación en base a las siguientes dimensiones: el gasto en salud; el tipo de financiamiento (público o privado); las formas de provisión del servicio a partir del número de especialistas y enfermeras y la cantidad de médicos generales y farmacéuticos; las características institucionales como las formas de acceso a los servicios condición de ciudadanía, seguro social, contribución privada o la forma de pago a los médicos por servicio, por caso, por cápita, salario y el tipo de regulación de la derivación de los pacientes a los servicios libre acceso, a través de un médico de medicina general o familiar, y directamente a los especialistas a través de un copago (Wendt 2009).

A partir de estas dimensiones, el autor identifica tres grupos de países que presentan ciertas coincidencias con la tipología de regímenes de bienestar de Esping Andersen ya que en el primero de ellos ubica a todos los países con sistema de seguridad social, entre los que se encuentran Alemania o Francia por ejemplo. En el segundo grupo, aparecen los países con Sistemas Nacionales de Salud tradicionales como Suecia o el Reino

Unido; mientras que en el último grupo aparecen agrupados los países con SNS tardíos, es decir: España o Portugal.

El primer tipo de sistemas es llamado “Servicio de Salud con tipo de prestación orientada” y se caracteriza por sus amplios niveles de cobertura, especialmente en materia de atención hospitalaria. Además, los países incluidos en esta categoría presentan un número importante de proveedores, al tiempo que los usuarios no deben enfrentar copagos demasiado altos y tienen libertad de elección de sus médicos. En cuanto a principios o valores contrapuestos, se puede decir que en estos sistemas la equidad y los niveles de acceso priman en líneas generales por sobre el grado de autonomía esperado por los profesionales médicos (Wendt, 2009). Dentro de esta categoría se encuentran por ejemplo Alemania, Austria, Bélgica o Francia; todos con seguros sociales de tipo Bismarck.

El segundo grupo de sistemas es denominado como “Cobertura Universal con tipo de acceso controlado” y la característica es sin duda la cobertura universal de los servicios de salud. A diferencia del grupo anterior, en este caso la relación entre usuarios y proveedores está fuertemente regulada por parte de las instituciones estatales. Esto se debe particularmente a dos motivos: en primer lugar, dado que el componente principal del financiamiento del sistema es de naturaleza pública, es lógico que el Estado tenga ante sí mayores niveles de responsabilidad respecto a la provisión del servicio; pero a su vez, como consecuencia del mayor énfasis en la atención primaria, el acceso de los usuarios a los diferentes especialistas se encuentra en prácticamente todos estos países mediado por los médicos generales o de familia. Finalmente, el hecho de que casi la totalidad de la población se encuentre cubierta por el mismo fondo de financiamiento, y que los pagos a los proveedores se realicen a través de cápitas, estos sistemas también aportan los niveles más altos de equidad (Wendt, 2009). Aquí los casos paradigmáticos serían Dinamarca, Gran Bretaña o Suecia, que poseen en su conjunto Sistemas Nacionales de Salud.

Por último, aparece el “Bajo presupuesto con tipo de acceso restringido” que presenta a los países con menor inversión en salud y una estructura de proveedores de servicios y sobre todo de financiamiento, mucho más orientada al ámbito privado. Estos altos niveles de pagos directos del bolsillo de los usuarios implican una barrera al acceso de

ciertos colectivos con bajos niveles de ingreso (Wendt, 2009). Desde el punto de vista del actor médico, los mismos presentan algunas diferencias importantes entre sí, particularmente entre los médicos generales, quienes al ser retribuidos a partir de un salario tienen mucha menor autonomía de acción respecto al Estado o a otro tipo de proveedores; mientras que en líneas generales los especialistas poseen sistemas de retribución diferentes – por ejemplo pagos por acto – lo que evidentemente debilita la dependencia de su empleador. Este tercer tipo de sistemas incluye en su mayoría a los casos de Sistemas Nacionales de Salud de Desarrollo tardío, como es el caso de los países de la zona mediterránea: España y Portugal (Moreno et al, 2003).

En América Latina promover la equidad exige incidir sobre los determinantes sociales de la salud (DSS), debate que tiene tradición en esta región, la medicina social promovió durante los años 1970, el concepto de determinación social de la enfermedad, que tornó visible la relación entre la estructura social y la salud, y recuperó categorías como “sistema económico”, “trabajo” y “clase social”, que habían sido desterradas de los modelos de salud pública vigentes. Las definiciones de la atención primaria de salud de la Conferencia de Alma-Ata en 1978 y de la promoción de la salud, en 1986, resaltan un abordaje como concepto positivo y fuente de riqueza para la vida cotidiana, que no se reduce al mero sector de la salud, sino que apunta al bienestar general, sobrepasando el cambio comportamental individual, asociando la salud fuertemente al desarrollo y como una de sus condiciones.

Desde finales del siglo XIX, distintos exponentes de la medicina social, como Louis René Villermé, en Francia (1782-1863), Edwin Chadwick (1800-1890), en Inglaterra y Rudolf Virchow (1821-1902), en Alemania, se preocuparon por definir la medicina como una ciencia social y analizar el impacto que tienen las condiciones de vida de las personas en su estado de salud. Durante el siglo XX, estudios fundadores de nuevos paradigmas de la intervención en salud tales como el Informe Lalonde, producido en Canadá, en 1974, y el Black Report, realizado en Inglaterra, en 1980 mostraron el importante papel de los contextos sociales y políticos en el estado de salud de la población y el reducido impacto de los servicios de salud en el mejoramiento de la situación de salud. Esos antecedentes y algunas otras iniciativas abrieron el camino para la identificación de herramientas que permitieran trabajar con una concepción ampliada de salud y de los determinantes sociales de la salud (Ruiz, 2011).

En la región latinoamericana, durante los años 1990, el predominio de modelos de reforma neoliberales ejerció una presión importante en la reducción de estas propuestas ampliadas (APS; promoción de la salud; determinantes sociales de salud) que recién comenzaron a retomarse a inicios de los años 2000, luego del comprobado fracaso de las reformas pro mercado implementadas (Adelantado, 2000; Homedes y Ugalde, 2005).

Para la OMS, los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de la sociedad, llamados estructurales, como la distribución de ingresos, la discriminación y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas, “estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud” (OMS, 2011). Ruiz (2011) señala que “el factor más importante para explicar la situación de la salud en general de un país no es su riqueza total sino el modo en que ella se distribuye”.

Conocer ese complejo de mediaciones, puede llevarnos a conocer puntos donde intervenir, a través de políticas que permitan reducir las inequidades en el ámbito de la salud (Adelantado, 2008).

En octubre de 2011, la declaración de Rio, emanada de la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de Salud en Brasil, identificó cinco esferas de actividad fundamentales para el abordaje de las inequidades de la salud entre las que se destacan la necesidad de una mejor gobernanza, la participación en la formulación y aplicación de las políticas y la reorientación del sector salud con foco en la reducción de las inequidades de la salud (OMS, 2011).

La Declaración de Rio destaca la necesidad de adoptar un enfoque intersectorial integral para el abordaje de los determinantes sociales de salud y la importancia de contar con sistemas de salud de buena calidad, universales, integrales, equitativos, eficaces, receptivos y accesibles (OMS, 2011).

La potencialidad de intervenir sobre los determinantes sociales de la salud está condicionada por las características de los sistemas de salud. El análisis de los modelos dominantes de los sistemas de salud pública existentes en los países permite distinguir

aquellos que priorizan un enfoque individualista de gestión de riesgo de aquellos que se orientan hacia enfoques ampliados de determinantes sociales de salud. Un análisis realizado por Raphael y Bryant (2006), evidencia que los modelos de sistemas de salud pública fuertemente enfocados en el individuo y en las predisposiciones biológicas/genéticas, sin tener en cuenta los factores estructurales sobre los que se organiza la sociedad y la distribución de los recursos sociales, tendrán dificultades para elaborar políticas públicas favorecedoras de la salud. Por su parte, Navarro (2002), al analizar los componentes clave de una política nacional de salud, señala la dificultad de la mayoría de los países para implementar intervenciones amplias que superen el mero cambio comportamental individual y atribuye esta situación tanto a la visibilidad que pueden tener las acciones en pos de cambios comportamentales, como a la desresponsabilización de las instituciones públicas con respecto a este tipo de cambio.

Tanto Raphael y Bryant (2006), como Navarro (2002), señalan la existencia de impactos de la acción gubernamental como resultado de la elección de algunos tipos de intervenciones en lugar de otros, o de ciertos modelos de salud pública en lugar de otros. Señalan que los modelos más abiertos de salud pública preocupados con los factores relacionados a la organización misma de la sociedad, que buscan comprender y cambiar el modo en que la distribución de la riqueza y de la salud se realiza en el seno de la sociedad son los sistemas que estarán más capacitados para la elaboración de políticas que consideren los determinantes sociales de la salud. En ellos, dos elementos revisten gran importancia: la acción intersectorial y la consideración de la promoción de la salud como estructural, preocupada por los determinantes sociales y no solo enfocada al cambio comportamental individual (Ruiz, 2011).

En la mayoría de los países de Latinoamérica se observan en los últimos años transformaciones, no solo en el sector salud sino también, y fundamentalmente, en aspectos constitucionales relacionados con la salud. Esas transformaciones muestran una preocupación por identificar a la salud como un derecho, por su generalización o a la universalización de la cobertura, al trabajo intersectorial, a la responsabilización del Estado por la salud de los ciudadanos, entre otros. Las transformaciones que han tenido lugar hasta ahora muestran la búsqueda e implementación de nuevos modelos de salud pública, más amplios y con una preocupación explícita por el desarrollo con equidad. Es, por lo tanto, un momento favorable de la región para el abordaje de los DSS en las



políticas, programas nacionales y regionales, dirigidos a disminuir las inequidades en salud (Ruiz, 2011).

### *5.3. Regímenes de Bienestar y Sistemas de Salud*

Las clasificaciones sobre Regímenes de Bienestar predominantes se basan casi exclusivamente en el análisis de las transferencias monetarias de dichos sistemas, como los seguros de desempleo u otras prestaciones del sistema de seguridad social; ignorando de esta manera todo el componente de provisión de servicios, como puede ser la atención de la salud o la educación. Esto lleva muchas veces a cometer el error de asumir, que los diferentes componentes de los Regímenes de Bienestar tienen comportamientos similares, por lo que la orientación de los valores o principios que guían los mismos confluyen en la misma dirección (Kasza, 2002). Es por eso que diferentes autores, entre las que se puede citar a Clare Bambra (2005), intentan vincular a los Regímenes de Bienestar de Esping Andersen (1990), con los sistemas de salud, a partir de la adaptación de la noción de “desmercantilización” manejada por este autor.

136

---

Debido a que los regímenes de Esping Andersen son contruidos principalmente en base al grado de desmercantilización que habilitan las transferencias de la seguridad social, Bambra (2005), conceptualiza a la desmercantilización en salud como el grado en que el acceso de los ciudadanos a la atención de la salud depende o no de su posición en el mercado y hasta qué punto la provisión del conjunto del país está determinada por el mercado. Su propuesta entonces consiste en construir un índice de desmercantilización en salud, para compararlo con el índice elaborado por Esping Andersen a partir de un análisis de grupos.

Al evidenciar que no todos los países orientan la provisión de servicios de salud y el otorgamiento de beneficios monetarios de la misma manera ni con el mismo énfasis. Si bien como lo reconoce la propia autora que no está claro si los dos grupos adicionales deben ser considerados como tipos de regímenes distintivos o simplemente como subgrupos de los “Regímenes de Bienestar” liberales y conservadores, quizás reflejando diferentes actitudes políticas a las funciones de los beneficios en efectivo o servicios de bienestar a los tres tipos ideales: Socialdemócrata con fuerte desmercantilización,

Corporativo con niveles intermedios y Liberal con bajos niveles en ambas dimensiones se le pueden agregar un par de grupos que sí presentan diferencias entre beneficios monetarios y servicios de salud (Bambra, 2005). Por un lado, algunos países con regímenes corporativos como Alemania u Holanda presentan mejores niveles de desmercantilización en sus transferencias monetarias; mientras que dentro de los países de matriz residual se encuentran una serie de casos como los del Reino Unido o Nueva Zelanda donde existen altos valores de desmercantilización en el área de servicios de salud.

De alguna manera complementando este interés de Bambra (2005), por otorgar un mayor énfasis en el análisis del grado de desmercantilización de los diferentes sistemas de salud. Reibling (2010), considera que uno de los aspectos más importantes de mirar la desmercantilización es que dicho concepto coloca en el centro del análisis al beneficiario del servicio, ya que se ocupa de determinar las condiciones mediante las cuales estas personas acceden a los beneficios y cuál es el nivel de los mismos. Sin embargo, generalmente el acceso es medido sobre el grado de universalidad o cobertura del sistema, por lo que propone incluir en el análisis del acceso a los servicios cuestiones relacionadas con la regulación y los incentivos financieros que condicionan la entrada y usufructo del sistema.

Entonces, se considera que pueden existir tres formas de influenciar el acceso a los servicios de salud: a través de regulaciones legales, como ser la existencia de puertas de acceso como la obligatoriedad de que sólo se puede acceder a una consulta con especialistas si la misma es aprobada por un médico general o de familia; mediante incentivos financieros como los copagos; y la cantidad y tipo de servicios disponibles para el usuario (Reibling, 2010). Estos criterios de clasificación aportan justamente elementos de gran interés a la hora de analizar los diferentes tipos de cambio institucional que se pueden dar dentro de un sistema particular, y que si bien muchas veces no implican grandes transformaciones, lo cierto es que sí determinan cambios en la lógica del sistema en su conjunto.

Confirmando el carácter complementario de este criterio para las tipologías ya existentes, el análisis realizado es consistente en gran medida con la división entre casos de Sistemas Nacionales de Salud, y Sistemas de Seguridad Social. En el primer grupo es donde se encuentran los sistemas de portería más desarrollados y los mayores niveles

de regulación de la densidad de proveedores y de la incorporación de tecnología médica entre otras cuestiones. Como contrapartida, el grupo restante de países, al estar basado en las contribuciones al seguro de salud, determina que el acceso a los servicios de salud no sea percibido como un derecho, lo que de alguna manera le resta legitimidad a la idea de restringir el acceso a los médicos, tanto generales como especialistas. La opción de regulación en este caso pasa por la aplicación de un financiamiento compartido entre el usuario y el Estado.

#### *5.4. Sistemas de Salud en América Latina*

En los 1993, el primer texto que el Banco Mundial publicó sobre salud, titulado “El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo”, planteó tres medidas: privatizar, descentralizar y cobrar por los servicios de salud. A estas medidas se agregaron tres supuestos base: I) que los sistemas de salud tienen cuatro funciones fundamentales: la rectoría, el aseguramiento, el financiamiento y la provisión de servicios de salud; II) que el buen funcionamiento del sistema requiere separar esas funciones, correspondiendo al Estado sólo la función de rectoría, pudiendo transferirse todas las demás al sector privado; y III) que ante la supuesta imposibilidad de construir sistemas públicos universales integrados de salud, la salida es un pluralismo estructurado, es decir, mantener la fragmentación pero ordenándola.

Además, simultáneamente, se desarrolla otra visión, que propone una mirada alternativa con un enfoque crítico de la función de aseguramiento por medio de seguros privados, señalando que es una vía a la individualización de riesgos, ruptura de la solidaridad y fragmentación de la prestación de servicios. En esta visión alternativa, el financiamiento no es una función del sistema de salud, sino un prerequisite fundamental para su operatividad, y debe ser garantizado por el Estado. Se enfatiza que no es función del sistema de salud obtener el financiamiento fuera del Estado promoviendo seguros privados, sino recaudar, distribuir adecuadamente y administrar con eficiencia los recursos financieros públicos. Esa visión y posición es compartida por el movimiento de la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericana, que asume como la función fundamental del sistema de salud, garantiza el derecho a la salud, con universalidad,

integralidad, calidad, participación social, interculturalidad, solidaridad y acción sobre la determinación social de la salud.

En los años 2000, con nuevos gobiernos democráticos en la región, las reformas en salud incorporan esta concepción de salud como derecho y cambian las prioridades en las políticas de salud. En los procesos recientes de transformación política, empiezan a construirse nuevas institucionalidades democráticas participativas, que buscan garantizar la inclusión y generar nuevas dinámicas transparentes y asequibles para la toma de decisiones y gestión de los servicios públicos. En este proceso, el Estado es revalorizado en su misión de promover el desarrollo económico y social.

Gobiernos, movimientos y organizaciones sociales pasan a asumir la defensa del Derecho a la Salud como Derecho Humano y Social fundamental que debe ser garantizado por el Estado y que confronta la concepción mercantil de la salud como servicio, al que se accede en el mercado. El desafío de la acción sobre los determinantes sociales y la actuación intersectorial, además de la atención médica a la enfermedad y del cuidado a la salud, empieza a concretizarse en los innovadores abordajes del buen vivir.

El desarrollo de nuevos modelos de atención, de carácter integral, con organización de redes basadas en el fortalecimiento de la atención primaria en salud que enfaticen la promoción de la salud, la interculturalidad, la participación social y la acción sobre los determinantes sociales, el alcance de la universalidad y la eliminación de la exclusión social en salud, son asumidos como prioridades.

Nuevas iniciativas son emprendidas para responder a los problemas de formación, reclutamiento y adhesión de profesionales, en especial de médicos a los sistemas públicos de salud, además de la tendencia a la subespecialización en desmedro de la gran cantidad de profesionales que se necesitan para la atención primaria integral de la salud. La formación de médicos comunitarios (Argentina), médicos integrales comunitarios (Venezuela), residencias multiprofesionales en salud familiar (Brasil) son ejemplos de las tentativas de redirigir la formación de recursos humanos adecuándola a las necesidades de salud y a las diferentes culturas, además del establecimiento de

relaciones más estrechas entre los ministerios de salud y las instituciones encargadas de la formación.

Un tema clave es eliminar las barreras financieras de acceso. Superar el subfinanciamiento de los sistemas públicos de salud que coexiste con importantes niveles de ineficiencia, sistemas de recaudación inadecuados y carga tributaria insuficiente y regresiva, exigen esfuerzos adicionales a la eliminación de los copagos, ya abolidos en casi todos los países. Demanda ampliar la capacidad de interlocución de los ministros de salud con sus pares de finanzas y la necesidad de contar con apoyo político y sólidos argumentos para justificar el incremento de la inversión en salud y dar sostenibilidad financiera a sistemas universales de salud. Requiere evaluar y regular la incorporación de nuevas tecnologías para su uso racional. Una prioridad que quizás solo pueda abordarse con mecanismos regionales supranacionales.

Responder a esta triple carga de compromiso con creciente prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, el resurgimiento de enfermedades infectocontagiosas y elevados índices de violencia, asociados a las profundas desigualdades sociales, implica enfrentar los desafíos de las diversas transiciones que atraviesan los sistemas de salud contemporáneos, abordadas en la introducción de este libro.

Exige políticas económicas y sociales integradas para incidir en la determinación social de los procesos de salud-enfermedad. Además, requiere cambios simbólicos que se fundamenten en la interculturalidad y la participación social y posibiliten ampliar la autonomía de los sujetos para limitar el espacio normativo de la medicina, contrarrestar el proceso de medicalización y los estándares de consumo creados por la industria sectorial, lo que requiere un nuevo estándar de desarrollo comprometido con el bienestar social y la sostenibilidad permanente.

#### ***5.4.1. Tipologías de los Sistemas de Salud***

A lo largo de la historia, el abordaje de la salud ha sido variable, concebida por las culturas originarias como parte indisoluble de la vida, pero asociada posteriormente a una visión que redujo la salud a la enfermedad y las respuestas a la curación, hospicios e instituciones de caridad, básicamente para atender a los más pobres. Desde el punto de

vista institucional, en América Latina, los sistemas de salud surgen en la primera mitad del siglo XX, con políticas enfocadas fundamentalmente al control de las grandes epidemias vinculadas al creciente intercambio comercial, que diezaban la población y dificultaban los intereses económicos (Sojo, 2011).

El primer Ministerio de Salud (MS) de la región latinoamericana es el cubano, que data de 1902, año de la creación de la Organización Panamericana de la Salud como Oficina Sanitaria Internacional y, posteriormente, Oficina Sanitaria Panamericana (1923). En Suramérica surge primero el MS de Chile (1932), luego siguen Perú (1935), Venezuela y Paraguay (1936); el último ministerio creado fue el de Ecuador, en 1967. Simultáneamente, bajo la influencia de las corrientes bismarckianas, se crearon los seguros sociales, pensados para atender a la población asalariada, con relación formal de trabajo, y a veces a su familia. Recordemos que en la Alemania de fines del siglo XIX, ante el auge de la industrialización, las luchas de los trabajadores por mejores condiciones de vida, los reclamos de grupos políticos y sectores académicos, se hizo necesario implementar medidas que garantizaran la estabilidad del sistema. Esto motivó que el entonces canciller alemán, Bismarck, impulsara un conjunto de leyes que hasta hoy son la base de muchos sistemas de seguridad social.

Así quedaron establecidos los seguros obligatorios contributivos, restringidos a la clase trabajadora, que cubrían enfermedades, accidentes, invalidez y vejez y eran financiados por el Estado, los patrones y los trabajadores. Luego, esta seguridad se haría extensiva a la familia del trabajador y a otras áreas, como educación y vivienda, no sólo en Alemania sino también en otros países.

Años más tarde, Beveridge, en Inglaterra, da un salto en la mirada a la seguridad social, imprimiéndole un carácter integral y universal. Su informe, en 1942, proponía extender los beneficios de la seguridad social a toda la población como un derecho social solidario que obligara a la sociedad y al Estado a proporcionar un mínimo de bienestar general, independientemente de las aportaciones que pudiera realizar cada individuo al financiamiento de los servicios. Bajo este enfoque, los costos de la salud deben ser cubiertos principalmente con recursos fiscales del Estado. Este modelo es el que rige actualmente los servicios nacionales de salud en el Reino Unido y en varios países europeos. En los años 80 se caracterizaba los sistemas de salud mundiales como: I) de

asistencia pública, generalmente (sub) financiados con fondos públicos; II) de aseguramiento, dirigidos a sectores específicos de la población (trabajadores) y financiados con los aportes de los asegurados y/o sus empleadores; y III) sistemas universales de salud que garantizan la cobertura total poblacional y de servicios, con financiamiento del Estado.

En América Latina tradicionalmente predominan sistemas de salud segmentados y fragmentados, coexistiendo con sistemas de seguridad social, de corte bismarckiano, difíciles de contextualizar en una realidad en la que el trabajo es predominantemente informal y precario (Sojo, 2011).

A diferencia de las sociedades europeas y del mundo desarrollado en general, las sociedades latinoamericanas presentan, en relación a la situación de salud de la población y a las formas en que los servicios de atención están estructurados, una serie de retos tanto poblacionales como institucionales. El rezago epidemiológico que implica la importante persistencia de enfermedades infecciosas comunes como el dengue o el cólera, de situaciones de desnutrición sobre todo infantil y problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva. Respecto a los problemas de corte institucional, puede mencionarse la falta de cobertura efectiva de grandes porciones de la población, la pobre calidad técnica de la atención y deficiencias en la gestión administrativa de los servicios (Londoño & Frenk, 1995).

Las reformas a partir de la década del ochenta, en muchos países se ha avanzado por ejemplo en la conformación de sistemas nacionales de salud a partir de marcos institucionales fuertemente corporativos, a la vez que el peso del subsector privado tanto en materia de aseguramiento como de financiamiento es muy superior a los esquemas Beveridge típicos, al igual que ocurre con los países del mediterráneo.

La literatura referida a los sistemas de salud en América Latina no presenta gran variedad de tipologías “regionales”. Sin embargo, existe una tipología que merece ser destacada. La tipología propuesta por Londoño & Frenk (1995) quienes elaboran su tipología a partir de cómo los diferentes países posicionan sus servicios de salud en dos dimensiones: la integración de las diferentes poblaciones, que se puede dar mediante una integración horizontal o mediante la segregación de las mismas; y la integración de

las funciones institucionales que debe asumir todo sistema de salud integración vertical de funciones o por el contrario, separación de las mismas. Del cruce de estas variables surgen cuatro tipos de sistemas de salud en América Latina: el Modelo Público Unificado, presente en Cuba y Costa Rica; el Modelo de Contrato Público, identificable en Brasil; el Modelo Privado Atomizado, característico de Argentina y Paraguay; y finalmente el Modelo Segmentado, al que pertenecen la mayoría de los países de la región.

En el Modelo Público Unificado existe un sistema de cobertura pública universal, o como en el caso de Costa Rica, virtualmente universal, ya que en este caso no existen inhibiciones a la existencia de provisión privada. Sin embargo, a diferencia de otros modelos, estos actores privados no reciben ningún tipo de financiación o subsidio de parte del Estado, por lo que deben cobrar lo que efectivamente les cuesta el servicio, y ya no existen tantos incentivos para la existencia de seguros privados, como consecuencia de su elevado costo. En este sentido, probablemente quienes salgan del sistema sean aquellas personas con ingresos muy elevados. En materia de financiamiento, este modelo también se caracteriza por la existencia de un único presupuesto público para el conjunto del sistema.

En cuanto al Modelo Privado Atomizado, una de sus características principales es que su financiamiento se da a partir de pagos directos de la ciudadanía, o mediante la intermediación de instituciones aseguradoras privadas. Uno de los países que más se acercaba al mismo era Argentina, donde a partir del sistema de “Obras Sociales”, de claro corte corporativo, las personas pasan obligatoriamente a formar parte de un fondo según el sector productivo al que pertenezca, careciendo de opciones para cambiar. Por lo tanto no existe competencia entre fondos, y los mismos son los encargados de contratar a los proveedores que crean conveniente, quienes pueden ser tanto públicos como privados. Otro rasgo característico de este sistema es el control directivo, con gran dosis de autonomía de gestión, de los sindicatos, reforzando así su carácter corporativo.

El Modelo de Contrato Público ha tenido en cambio como principales rasgos, la integración del conjunto de la población a un seguro único de carácter público por un lado, pero por otro, y a diferencia del Modelo Público Unificado, la provisión de



servicios no depende exclusivamente de los prestadores públicos, sino que existe un fuerte énfasis en la provisión privada de los servicios. Por lo tanto, la asignación de recursos no se realiza a partir de presupuestos fijos, sino que la misma depende de determinados criterios de productividad fijados previamente, y que, dependiendo de los casos, podría incorporar también cuestiones asociadas con la calidad de los servicios. Al igual que en el modelo anterior, la ausencia de un rol activo del Estado en materia de integración de servicios y regulación puede determinar una fragmentación de las prestaciones de acuerdo a tipos de población.

El último modelo, el Segmentado, es el más característico de la región como ya fue mencionado. En estos sistemas, la cobertura está justamente segmentada en tres grandes bloques que responden a diferentes grupos socioeconómicos: un subsistema privado dedicado en buena medida a los sectores de ingresos medios-altos y altos de la población; un subsistema apoyado en las contribuciones a la seguridad social prevaleciente entre los sectores medios y los trabajadores formales; y finalmente, un subsector público a cargo de los Ministerios de Salud, que tienen como principal población a los sectores pobres y pertenecientes a la economía informal. Cada subsistema presenta en su interior las diferentes funciones de los sistemas de salud – financiamiento, regulación, provisión – lo que trae aparejado entre otros problemas: duplicación de funciones, desperdicio de recursos, importantes diferenciales de calidad; además del hecho de que presenta al mismo tiempo, tanto los problemas de los Modelos Públicos Unificados con los problemas del sector privado del Modelo Atomizado (Londoño y Frenk, 1995) por ejemplo en relación a la libertad de elección.

#### ***5.4.2. Sistemas de Salud antes de las Reformas***

En materia de reformas en el sector de la salud, América Latina no ha sido la excepción en relación a otras regiones, sobre todo a partir de la década del ochenta, cuando los embates de las reformas neoliberales llegaron a prácticamente todos los países de la región, dicha influencia se llevó adelante en buena medida a partir de una fuerte incidencia de Organismos Financieros Internacionales (OFIs). De hecho, para el caso latinoamericano, muchas reformas en el sector salud pueden ser enmarcadas en procesos más amplios de reforma o modernización del Estado (Infante et al, 2000). Particular relevancia en el sentido de aportar un discurso y un modelo particular de reforma en el

sector, tuvo el documento “Investing in Health” del Banco Mundial, publicado en el año 1993.

Hacia comienzos de los años ochenta, en pleno auge de los cuestionamientos al rol del Estado en la provisión de bienestar y a los modelos de desarrollo keynesianos o desarrollistas, el sector salud no estuvo ajeno a los mismos. Existía un consenso generalizado entre diversos actores políticos, médicos, trabajadores y usuarios acerca de la necesidad de imprimir reformas en los sistemas de atención de la salud existentes, porque los mismos generaban cada vez mayor descontento entre los usuarios, se visibilizaba una continua disminución en la calidad de los servicios de salud ofrecidos, y los mismos eran insuficientes en la cobertura de la población. Sin embargo, si en primera instancia se comparan las reformas de los sistemas de seguridad social con las reformas en los sistemas de salud en la región, se puede evidenciar cómo las segundas tuvieron un carácter mucho más moderado que las primeras, y por ende, cómo sus cambios han sido mucho más graduales.

En general, en diferentes partes del mundo los propósitos de las reformas parecían estar claros: mayor eficiencia en la utilización de los recursos, controlar el aumento constante de precios de los medicamentos y algunos tratamientos, entre otros. Pero América Latina presentaba además otros problemas agregados a los ya mencionados, que la diferenciaba de otras regiones: la falta de cobertura y atención a importantes segmentos de la población y la enorme heterogeneidad entre regiones al interior de un mismo país. En este sentido, el acceso universal a la atención médica estaba lejos de ser un derecho social efectivo (Fleury, 2001).

El sector salud en Latinoamérica se caracterizaba antes de estas reformas por: estratificación y/o exclusión de ciertos grupos de población; base financiera estrecha y frágil basada en los aportes salariales a la seguridad social; red muy concentrada de servicios; administración centralizada e ineficiente; orientación del sistema hacia la atención secundaria (hospitalaria) en vez de apoyarse en la medicina preventiva y la atención primaria; variado espectro de actores con fuertes intereses y capacidad de presión; y fragmentación institucional, que por ejemplo se advertía en la mayoría de los casos en una estructura de prestadores de servicios tripartita, compuesta por un subsector privado donde mayormente se atienden los quintiles con mayores recursos, un

sector de aseguramiento social utilizado fundamentalmente por los sectores de trabajadores formales, y finalmente un subsector público centrado en las personas de menores recursos y excluidos del mercado formal de trabajo.

De modo que el reto para estos países era el de imprimir cambios estructurales que implicaran entre otras cosas, una importante incorporación de población al sistema nacional de salud en su mayoría pobre o excluida en términos de acceso a los servicios de atención, con la dificultad agregada de que la misma se debía producir en un contexto de fuerte presión interna y externa por la reducción de los gastos públicos en pos de estabilizar la economía, que abogaba por un cambio en el esquema de financiamiento y un incremento en la eficiencia de las prestaciones (Bastías & Valdivia, 2007).

Se observa claramente cómo, además de los objetivos sociales de cobertura, equidad y calidad; la gran mayoría de los procesos de reforma iniciados en la década del ochenta que se han impulsado en la región, han tenido como objetivos prioritarios algunas cuestiones de corte económico que impactarán directamente en los objetivos sociales, muchas veces de forma contradictoria: a) mantener el equilibrio financiero del sistema, evitando el aumento de costos del mismo; b) establecer un principio de equivalencia entre contribuciones y beneficios como incentivo para una mayor afiliación y pago de las contribuciones o impuestos; c) reemplazo total o parcial de los monopolios estatales o de seguros sociales por formatos de aseguramiento, financiamiento y provisión privados y asociados a procesos de descentralización y de separación de estas funciones de las de regulación que permanecen bajo responsabilidad estatal; d) desarrollo de mercados de aseguradores y proveedores, promoviendo la competencia entre los mismos (Mesa Lago, 2008).

Es en este momento que entran en escena los OFIs, quienes vieron en el contexto de la crisis una buena oportunidad de imprimir en estas reformas su propia lógica, a través del condicionamiento de la entrega de los préstamos a la realización de determinadas reformas. Si hay que aumentar la cobertura y mejorar los servicios, pero el sector público no tiene la capacidad financiera de hacerlo, solo quedan como soluciones posibles el mercado y la sociedad civil.

Como resultado de la configuración histórica regional y de reformas más recientes, los sistemas de salud de América Latina adquieren diversos contornos, pero aún predominan sistemas segmentados con presencia de diversos subsistemas responsables por la protección de grupos poblacionales diferenciados conforme al ingreso, la inserción en el mercado de trabajo o por una característica biológica.

Cada subsistema tiene distintas reglas de financiación y afiliación, acceso a la atención de la salud y red de servicios diferenciados de acuerdo con el nivel de ingreso y posición social, lo que genera desigualdades.

De manera general, los sistemas de salud están constituidos por: un sector del seguro social para la población del mercado formal de trabajo, un sector público que cubre en parte las personas en situación de pobreza y un sector privado utilizado por la población de más altos ingresos mediante el pago de primas de seguros privados, de la medicina prepaga o pago directo de bolsillo.

Con las reformas de los años 1980-1990, una parte de los países incorporaron otros segmentos de cobertura con seguros públicos para grupos específicos, en especial los grupos materno-infantil y adulto mayor y la población en situación de pobreza y pobreza extrema. Perdura aún en algunos países una importante proporción de la población excluida del acceso a los servicios de salud, que alcanzaba en el inicio de la década de 2000 hasta el 60% de la población (OPS, 2003).

En la actualidad, en un nuevo contexto político y social desde mediados de los años 2000 con la consolidación de las democracias y la presencia de gobiernos comprometidos con la reducción de las desigualdades sociales la cobertura universal ha pasado a constituir una preocupación de todos los gobiernos y todos los países de América Latina llevan adelante iniciativas para alcanzarla. La segmentación del sistema con distintas coberturas es destacada como un problema por la mayoría de los países en los documentos presentados.

Los caminos para el alcance de la universalidad en salud todavía son diversos. Se observan dos principales tendencias para la universalización en la región, con distintas repercusiones sobre el derecho a la salud. Por una parte, garantizar la cobertura por medio de seguros diversificados, en general con paquetes heterogéneos y dirigidos a

distintos grupos poblacionales, segmentados por alguna característica específica o por nivel de ingreso. Por otra parte, prosperan iniciativas de construcción de sistemas únicos, públicos y universales con la ampliación de la cobertura del sistema público e integración de las redes de provisión de servicios de salud del Ministerio de Salud y del seguro social.

La protección social en salud está vinculada al modelo de financiamiento en salud del país, que a su vez es determinante de la universalidad en todas sus dimensiones de cobertura: amplitud, profundidad y nivel (OMS, 2008). Cuando analizamos la financiación, es necesario preguntar: ¿Cuál es la proporción de la población cubierta por el esquema público de protección a salud? ¿Qué proporción de los servicios de salud personales y colectivos necesarios está cubierta públicamente? ¿Cuál es la proporción de los gastos públicos en el total de gastos en salud en el país? Al cotejar los modelos de financiación en salud en los doce países de la UNASUR, no es posible responder a cada una de estas preguntas, pues las informaciones sobre financiación de la salud aún no son plenamente conocidas en los países. A pesar de ello, podemos hacer algunas aproximaciones que, aun cuando nos muestran que estamos lejos de la universalidad, también nos indican que hemos avanzado, alcanzando proporciones cada vez más amplias de segmentos poblacionales cubiertos, como se evidenció en el análisis de la protección social en salud en la sección anterior.

Hay dificultades en los países para contabilizar de modo sistemático los gastos nacionales en salud. En general, la información primaria sobre el gasto en salud es fragmentada, no consolidada en un sistema de cuentas nacionales de salud, y existen diferentes relevamientos y fuentes de información que conducen a estimaciones inconsistentes. Esta dificultad es más importante en el relevamiento de los gastos privados en salud, especialmente para conocer los gastos en salud de los hogares, lo que exige la realización de encuestas nacionales en hogares, específicas para la salud, que no siempre se realizan con periodicidad. Existen algunas iniciativas recientes de los países para mejorar estos datos. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de la Nación en Argentina realizó en 2004/2005 un relevamiento con encuestas sobre utilización y gasto de salud de los hogares, que repitió en 2010, lo que permitió evaluar su evolución.

En los últimos años, la OPS ofreció asistencia técnica a los países para la preparación de estudios sobre el gasto nacional y la financiación en salud y para el desarrollo de cuentas nacionales en salud. Asimismo, mantiene bases de datos regionales con información sobre el gasto nacional de salud y sobre el comercio internacional de bienes y servicios relacionados con la salud (OPS, 2003). Como resultado de estos esfuerzos, diversos países disponen de informes sobre cuentas nacionales en salud, que sin embargo, no siempre son actualizados o realizados de forma rutinaria. La falta de información fidedigna resulta en estimaciones dispares entre diversas fuentes, o incluso entre publicaciones de una misma organización para distintos años, como es el caso de las Estadísticas Mundiales de Salud de la OMS. La ausencia de relevamiento de información sistemático y periódico dificulta el seguimiento de las reformas y el monitoreo efectivo de la evolución de las coberturas. Además, la definición de qué es gasto privado y qué es gasto público en salud puede ser distinta entre los diferentes países. Por una parte, hay cuestión de falta de claridad conceptual acerca de qué es pública o privada. Un ejemplo de esta situación es cuando se considera a las cotizaciones obligatorias para la previsión social como gastos de los hogares y, por lo tanto, se las contabiliza como gastos privados, cuando en realidad constituyen gastos públicos. Por otra parte, la definición no es sencilla debido a las diversas combinaciones público-privado que caracterizan a estos sistemas de salud, con subsidios públicos a esquemas privados, superposiciones de coberturas y uso de servicios privados y públicos, principalmente por parte de segmentos de la población de ingreso más elevado.

En algunos países se consideran solo gastos en servicios de salud y en otros suelen incorporarse otros componentes, como la formación en salud o la investigación. Como se señaló anteriormente, el modelo de financiamiento es inseparable del modelo de protección en salud, que en general, en estos países es segmentado con combinaciones de coberturas con afiliación y recursos provenientes de cotizaciones para la seguridad social, recursos fiscales y pagos de bolsillo directos al prestador en el acto del uso, o indirectos en la forma de primas a seguros privados e instituciones de medicina prepaga.

La participación de los gastos totales en salud en el PIB en estos países es muy diversa, variando del 4% al 9%. Consideradas las limitaciones de los datos disponibles, es difícil delinear una tendencia general de su evolución reciente.

Al tomar como base las Estadísticas de Salud divulgadas por la OMS (2011), que aun con reticencia, ofrecen datos de diversos años, permitiendo una comparación a lo largo del tiempo. En siete países, el gasto en salud entre 2000 y 2008 no acompaña la evolución del PIB lo que implica una reducción de su participación en el PIB. En algunos casos, como informa el Ministerio de Salud Pública del Uruguay, aun con un aumento sustantivo de gastos públicos en el período, la menor participación de los gastos en salud en el PIB ocurre debido a un ritmo más intenso del crecimiento económico del país. Hay que recordar que el gasto en salud en América Latina es muy procíclico, por lo que es vulnerable a las crisis económicas, con ajustes postcrisis con cierto rezago (Sojo, 2011).

La composición del gasto en salud informa sobre el nivel de cobertura del financiamiento público y constituye una de las dimensiones de la universalidad (OMS, 2008). En la mitad de los países de Latinoamérica, la participación del egreso público en el total de gastos en salud no alcanza al 50%, lo que es preocupante. A pesar de ello y de que la participación privada permanezca elevada, se observa un aumento de la participación pública en nueve de los doce países para el periodo 2000-2008, lo que señala una tendencia de mejora en la cobertura pública en la región.

150

---

Entre los gastos privados en salud, es elevada la participación de pagos directos de bolsillo en el acto de la utilización, principalmente para la compra de medicamentos, correspondiendo a un 50% a 97% de los gastos privados en los doce países (OMS, 2011). Esto evidencia una importante brecha de equidad, pues estos gastos son altamente regresivos, con más impacto sobre los estratos poblacionales de ingresos más bajos. Lo que indica que, además de la necesidad de mejorar la cobertura pública de la asistencia farmacéutica, urge emprender acciones concertadas entre los países de la región frente a los productores de insumos (industria de equipamiento y farmacéutica) para reducir los precios de los medicamentos y garantizar el acceso.

Una de las dificultades para ampliar el gasto público en salud está en la baja carga tributaria de estos países. En comparación con otras regiones del mundo, la carga tributaria en América Latina es solo cerca de 17% del PIB, mientras en los países de la OECD es, en promedio, 36%, lo que restringe la posibilidad de intervención estatal en salud en esta región (Sojo, 2011). En América Latina, la composición de la carga tributaria entre recaudación de la seguridad social (3% del PIB), carga tributaria directa

correspondiente a impuestos sobre la renta y patrimonio (4,7% del PIB) y carga tributaria indirecta correspondiente a impuestos de valor agregado sobre el consumo de bienes y servicios (9,7% del PIB) indica regresividad en la tributación. Los impuestos sobre el consumo tienen características regresivas pues cargan igualmente a todos los ciudadanos, independientemente de su nivel de ingreso. En América Latina es muy elevada la participación de estos impuestos (55%) en la carga tributaria. En contraste, en los países de la OECD los impuestos sobre el consumo corresponden al 32% de la carga tributaria.

Considerando la alta regresividad de estos sistemas tributarios, que acentúa las desigualdades, simultáneamente al aumento de recursos públicos para la salud, es necesario construir un sistema tributario y fiscal más justo que permita más equidad y un aumento substancial en el volumen de recursos, como destaca Fleury (2001). Las condiciones financieras no pueden ser tomadas como un dato a priori, ineluctable. La universalización nos es prisionera de una elección trágica entre derechos y restricciones financieras, argumenta Fleury (2001), pues la pugna por derechos igualitarios exige nuevas reflexiones sobre las formas de recaudación y asignación de los recursos públicos. El paso siguiente que tanto salubristas como juristas deberán tomar como parte de la trayectoria de la universalidad de la salud es, por supuesto, la discusión de las finanzas públicas, no como límite, pero como expansión de la esfera pública igualitaria (Fleury, 2001).

#### ***5.4.3. Desafíos para los Sistemas de Salud***

El Consejo de Salud Suramericano, defiende la Salud como derecho fundamental del ser humano y de la sociedad, y componente fundamental del desarrollo humano. Pretende consolidar Suramérica como un espacio de integración que contribuya a la salud para todos y al desarrollo y ha asumido la universalidad como uno de los rasgos fundamentales que debe caracterizar a los sistemas de salud.

La universalidad ha ganado relevancia gracias a las experiencias exitosas de construcción de sistemas globales de salud. Como lo señala Fleury (2001), los sistemas universales parecen ser el mejor modelo para proteger y promover la salud de la población. Esto implica una combinación de ampliación de la cobertura poblacional, el



espectro de los servicios ofrecidos y el financiamiento público que preferiblemente debe provenir de los impuestos generales.

En América Latina, los mayores avances en materia de universalidad con integralidad y equidad están representados por los Sistemas Únicos de Salud (SUS) con los ejemplos de Cuba y Brasil, y que se pretende poner en marcha en países como Venezuela, Bolivia y Ecuador. Estos países plantean en sus constituciones la creación de sistemas públicos universales. Los sistemas públicos universales se caracterizan por una modalidad organizativa con rectoría del Ministerio de Salud e intervención de las tres esferas territoriales del Estado (nacional, zonal, distrital) para integrar todas las funciones del sistema, que van desde la definición de políticas hasta la prestación de servicios, con financiamiento que proviene de los impuestos generales de la Nación y reforzando el principio de la integralidad, garantizando desde la promoción hasta la rehabilitación de la salud.

Sin embargo, a pesar de que la universalidad y la prestación pública de servicios es más eficiente y es imprescindible para garantizar el derecho a la salud y la mejor estrategia hacia la equidad, las reformas impulsadas por los organismos financieros internacionales en los noventa, desarrollaron con fuerza la noción de “aseguramiento” proponiendo seguros diferenciados para grupos poblacionales específicos y diversos países de la región han acogido la propuesta de “aseguramiento universal” y “pluralismo estructurado”. En esta concepción, la cobertura poblacional universal es resultante de la suma de diversos modelos de aseguramiento, con coberturas parciales de servicios, que varían en cada país dependiendo de factores tales como aportes y nivel de renta de los grupos poblacionales, carga de enfermedad, costo beneficio, etc. Desde esa perspectiva, es importante aclarar la diferencia entre “aseguramiento universal” y “sistema público universal de salud” porque existe cierta confusión. Los “sistemas públicos universales de salud” nacen de una concepción colectiva y de derecho ciudadano, del derecho humano a la salud, son la expresión del pensamiento colectivo y de la medicina social, mientras que el “aseguramiento” surge de una concepción individual, donde cada persona debe afiliarse y cotizar o demostrar su condición de pobreza para recibir un subsidio para el pago de las primas. Estas modalidades de aseguramiento no tienen similitudes con los sistemas sociales de aseguramiento europeos, donde se consigue la universalidad combinando esquemas de aseguramiento a la población trabajadora, con

beneficios que se extienden a toda la población dando paso al aseguramiento universal. La realidad de América Latina es diferente, predomina el trabajo informal y precario, sin seguridad social.

Otra dimensión importante es la relacionada con la cobertura que alcanzan estos sistemas. En los “sistemas públicos universales de salud” la cobertura es total, tanto en términos de población como de servicios, no clasifica ni restringe, pues todo lo que existe en el sistema está disponible para todos, siguiendo, por supuesto, criterios de racionalidad basados en las necesidades de las personas y definiendo claramente los mecanismos y puertas de entrada para el acceso a cada nivel de atención. En el caso del aseguramiento, que puede denominarse “universal”, pues en algunos sistemas cubre nominalmente a toda la población, en general no abarca todas las prestaciones sino una serie de paquetes básicos o pisos mínimos, diferenciados conforme al aporte o nivel de ingreso de los grupos poblacionales, por lo que la universalidad, en este caso, no se concretiza. Además, al estar enfocado en una perspectiva individual de la asistencia médica, el aseguramiento tiende a concentrar los servicios en la atención individual y en áreas urbanas y no como una verdadera red presente en el territorio, descuidando las labores de la salud pública, de la promoción de la salud y la acción sobre su determinación social y sumando a la barrera económica, las barreras geográficas y culturales.

En cuanto al financiamiento, el “sistema público universal de salud” se sostiene con las contribuciones de toda la sociedad a través de sus impuestos (sobre la renta y consumo), que van al Tesoro General de la Nación y, mediante el esfuerzo dedicado a la producción, al desarrollo de la cultura, al cuidado de la familia y otros aportes no tangibles o expresados en valores distintos al monetario. Es un sistema intrínsecamente solidario, donde el acceso a los servicios es determinado por las necesidades en salud y no por el monto de la contribución individual. Además, se entiende que el aporte a la salud supera la simple cuestión del dinero, pues muchas personas, aparte del pago de impuestos, aportan también cumpliendo funciones imprescindibles para el mantenimiento de la vida y, por ende, de la salud (CEPS, 2008).

En el caso de cotizaciones para los seguros, al final, quien paga por la salud de los asegurados son todos los ciudadanos. Muchas veces pareciera que es el empleador quien

asume o comparte este gasto, como inversión en la salud de sus trabajadores, pero a la larga, es la sociedad entera la que sustenta esos aportes al convertirse en consumidora y pagadora de los bienes y servicios producidos por las empresas, que multiplican los costos reales de lo que producen, obteniendo ganancias que superan con creces sus gastos de producción, incluido lo que destinan a salud y a otros compromisos de función social. A pesar de esto, es común que élites trabajadoras en la mayoría de los países latinoamericanos se resistan a perder los beneficios del aseguramiento que generalmente es expresión de sus reivindicaciones de clase y se rehúsen a ser acogidas por un sistema único y universal que garantice la salud de toda la población, independientemente de su rol en la sociedad. Se dan entonces, alrededor de los sistemas universales y públicos, grandes contradicciones que expresan los intereses particulares de determinados grupos sociales; el más notable de ellos es representado por el “complejo médico industrial” y sus inversiones en salud, pero incluso sectores de marcado compromiso histórico con la lucha por la justicia e igualdad se enfrentan en algunos países a los intereses generales de los pueblos, que pujan por defender la universalidad de sus derechos. Por supuesto, estas contradicciones, que deben resolverse en el seno de la propia sociedad, ilustran la dimensión histórica de cómo el sistema de salud constituye una arena de poder, de pugnas distributivas y, simultáneamente, un espacio posible para construir una nueva sociedad y un nuevo Estado.

Un segundo rasgo que debe caracterizar los sistemas de salud es la integralidad. Tal como se señalara anteriormente, muchas veces se habla del derecho a la salud entendiéndolo más como el derecho a la atención a la enfermedad y, eventualmente, como el cuidado del bienestar físico y mental de las personas, y se pierde de vista que el derecho a la salud forma parte del derecho a la vida, comprendida esta en toda la dimensión de la existencia humana dentro de un espacio que va más allá de lo individual: la persona en su entorno familiar, comunitario, como parte de la naturaleza y el universo. Visto de este modo, no es posible lograr un buen estado de salud en la población sin las labores de promoción y de acción sobre la determinación social de la salud. Tampoco puede concebirse la integralidad sin dar cabida a los cursos de la vida, a la interculturalidad, al rescate de la medicina tradicional de los pueblos, junto con procesos para mejorar la calidad y la organización de los servicios salud en verdaderas redes, desde el espacio comunitario y familiar, hasta los centros de especialización.

La intersectorialidad es imprescindible para el alcance de la integralidad, pues para la promoción de la salud es necesario incidir sobre los determinantes sociales, lo que requiere acción intersectorial. Se debe dejar de lado la idea que el sector salud es el centro de las coordinaciones con otros sectores. Lo que se requiere es una articulación permanente en la cual el sector salud se constituya en una fortaleza para las demás áreas del desarrollo social, que otros sectores la convoquen como eje para el avance de las políticas sociales e incluso para la discusión de las grandes políticas macroeconómicas y de desarrollo que se definen por el Estado y la sociedad.

En resumen, y como lo plantea la OMS (2008), la universalidad de un sistema de salud involucra las dimensiones de amplitud, universalidad y nivel de cobertura:

- a) La amplitud de la cobertura poblacional por fondos públicos solidarios (cotizaciones para seguros sociales e impuestos), es decir, la proporción de la población que goza de protección social en salud;
- b) La profundidad de la cobertura, esto es, la garantía de la gama de servicios requeridos en respuesta a las necesidades de salud individuales y colectivas para garantizar una atención integral, y;
- c) El nivel de cobertura del financiamiento público, o sea, la participación de los gastos públicos en el total de gastos en salud en el país (OMS, 2008).

Cuanto más amplia es la proporción de gastos públicos y menor la participación de pagos directos de bolsillo que son altamente regresivos, más extensa la cobertura: más universal. La integralidad de la atención es un componente de la cobertura universal; si no se la garantiza, la amplitud de la universalidad estará comprometida. La equidad en el acceso a los servicios de salud, a su vez, es dependiente de la amplitud y del nivel de la universalidad. Cuanto mayor es la proporción de población cubierta por aseguramiento público y la proporción de gastos públicos en el conjunto de los gastos en salud, tendencialmente mayor será la equidad en el acceso a servicios de salud en conformidad con las necesidades de salud para los distintos grupos poblacionales, independientemente de su nivel de ingreso. Desde esa perspectiva, universalidad, integralidad y equidad son interdependientes (Celedón & Oyarzo, 1998).

En 1991, Margareth Whitehead, produjo un texto fundamental para la investigación en el campo de la equidad en salud. La autora distinguió entre desigualdades que pueden ser injustas y aquellas que no lo son porque no presentan una relación causal con las diferencias de clase o no son el producto de una intervención humana.

La equidad en salud se refiere a la idea de que todos los individuos de una sociedad deben tener la misma oportunidad de desarrollar su pleno potencial de salud; en ese sentido, la acción hacia la equidad en salud pone el acento en la reducción de las diferencias innecesarias, evitables e injustas denominadas “inequidades en salud” (Whitehead, 1991; Evans et al, 1985; Braveman y Gruskin, 2003). Las teorizaciones de Whitehead abrieron la vía para una investigación más profunda de lo que se llamará, a fines de los años 1990, determinantes sociales de salud (Ruiz, 2011).

La equidad en salud puede ser entendida en dos grandes dimensiones con determinaciones distintas: a) equidad en el estado de salud y b) equidad en la atención a la salud (Travassos, 1997). La equidad en el estado de salud implica que todos los ciudadanos tengan la misma oportunidad de desarrollar su pleno potencial de salud y corresponde a la inexistencia de diferencias/desigualdades evitables en los riesgos, morbilidad y mortalidad entre grupos poblacionales. Es socialmente determinada y su superación va más allá de las fronteras del sistema de servicios de salud, comprometiendo al desarrollo de políticas sociales y económicas integradas y a la acción intersectorial.

Los grados de equidad en el acceso y uso de servicios de salud, a su vez, están determinados por los modelos de financiamiento de los sistemas y de protección social en salud (Sojo, 2011). La equidad en el acceso a los servicios de salud puede definirse como la igualdad de acceso y uso de servicios de salud para quienes posean iguales necesidades de salud, independientemente de su capacidad de pago. Está relacionada a características del sistema de salud y de la protección social en salud y es dependiente de la vigencia de los principios de solidaridad y justicia social. En síntesis: “[...] las desigualdades en salud reflejan fuertemente las desigualdades sociales, y, debido a la relativa efectividad de las acciones en salud, la igualdad en el uso de los servicios de salud es condición importante, pero no suficiente, para disminuir las desigualdades existentes entre los grupos sociales en el enfermarse y morir” (Travassos, 1997).

Las desigualdades sociales en América Latina, así como en toda América Latina, son profundas, con altísimas disparidades en salud debido al gran número de muertes tempranas prevenibles en los estratos más desfavorecidos. El índice de Gini y la razón de ingresos entre los grupos poblaciones más ricos y los más pobres en estos países son de los más elevados del mundo. La mayoría de estos países presenta un índice de Gini superior al 0,500, lo que indica un elevado grado de desigualdad económica. Uruguay y Venezuela se destacan por presentar los índices más bajos, es decir, de menor desigualdad.

Para comprender la intensidad de las desigualdades en esta región, se puede realizar una comparación con los países europeos. Por ejemplo en España, en 2012, el índice de Gini era 0,350. O sea, aun con los efectos de la reciente crisis económica, España permanece con desigualdades muy por debajo de las magnitudes encontradas en estos países. Los países escandinavos, como por ejemplo Noruega (0,227), y los del este europeo, como la República Checa (0,249), son los menos desiguales (CEPAL, 2014).

Aun con estas desigualdades profundas en Suramérica, se observó entre 1999 y 2014 una reducción de las desigualdades de ingreso (medidas por el índice de Gini). Otro indicador muy ilustrativo de estas desigualdades es la razón entre el ingreso del 20% más rico y el 20% más pobre de la población. En algunos países de Suramérica alcanza más de 20 veces, mientras que en Canadá, por ejemplo, esta razón es de apenas 5 veces. Según estos indicadores Colombia, Bolivia y Brasil son los países más desiguales; Uruguay y Venezuela los menos desiguales (CEPAL, 2014).

Estas profundas desigualdades económicas y sociales impactan en la salud produciendo importantes iniquidades con brechas en la mortalidad y morbilidad de los diferentes estratos sociales, con muertes en edades más tempranas en los grupos de estratos socioeconómicos de ingresos más bajos. En las presentaciones de la mayoría de los países se indican inequidades en salud de género, entre etnias, áreas geográficas y territorios. No obstante, las inequidades sociales en salud entre grupos de estratos de ingresos distintos son abordadas muy tímidamente o no se mencionan.

La promoción de la equidad en salud es condicionada por la intensidad y las posibilidades de participación social en salud. Los sistemas de salud se distinguen

también por el grado de participación social que propician. De una u otra manera, el tema de la participación social aparece visible en casi todas las propuestas de reformas de sistema de salud, bajo distintos términos.

La experiencia latinoamericana demuestra que la participación es básicamente un problema de poder, de capacidad real de las organizaciones sociales para decidir. La participación, la redistribución del poder y la capacidad de decisión son factores claves para una verdadera participación transformadora de los sistemas de salud (Viciano & Martínez, 2010).

### *5.5. Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina*

Las diferencias significativas entre las oleadas de reforma en los sistemas de salud en América Latina, en buena medida como consecuencia de que las mismas responden a distintos paradigmas de cambio uno de corte residual y otro de corte universalista que se encuentran fuertemente asociados a los principales actores que lideraron los procesos. Mientras que el paradigma residual fue hegemónico durante la primera oleada, con los ministerios de economía e instituciones financieras internacionales como el BM, el FMI o el BID como sus principales promotores; en la segunda oleada, cuando los ministerios de salud adquirieron mayor poder político, promovieron junto con organismos como la OIT, la OPS o la OMS reformas con una visión mucho más salubrista y centrada en la cobertura y la garantía de derechos sociales (Barba, 2011). A partir de mediados de los noventa, con la tercera oleada, se podría decir que dichas reformas intentaron en cierta forma de complementar los enfoques anteriores (Maceira, 2007). Por otro lado, continuando con el papel de los diferentes actores en estos procesos, los colectivos de médicos y demás trabajadores del sector de la salud realizaron en prácticamente todos los casos una firme oposición a los cambios propuestos sobre todo en aquellas reformas más residuales aunque incluso en los procesos más universalistas el actor médico ha sido el principal defensor del statu quo, signado por los esquemas híper fragmentados.

Debido al importante grado de heterogeneidad entre los diferentes países en términos de cobertura, rol del subsector público, existencia o no de seguros sociales es importante

destacar diferentes puntos que llevaron a las reformas en los sistemas de salud de América Latina.

El primer punto que quiero destacar, cuando pensamos sobre los sistemas de salud en los países de América Latina, es que, en realidad, estos sistemas fueron históricamente contruidos teniendo como categoría política central la enfermedad y no la salud. Es decir, en este momento histórico que atraviesan los países latinoamericanos, la cuestión principal que se debe plantear como centro en la concepción de las políticas es la determinación social de la salud. Y ¿por qué? Porque todos estos sistemas fueron contruidos a partir de la visión del modelo biológico para el control de las endemias, de esfuerzos más o menos fragmentados. Fueron contruidos y cimentados por el saber médico, que tiene como parámetro central de referencia las patologías.

En la actualidad, sin embargo, se tiene la visión de que la salud es política, que está socialmente determinada y que la construcción del sistema ideal, debe tener como base una discusión profunda y central sobre la determinación social de la salud. Sobre cómo el poder y la riqueza se distribuyen en la sociedad, sobre la problemática de las desigualdades, sobre la necesidad de radicalización de la democracia y de actuar sobre las raíces de los procesos de producción del adolecer y morir: los determinantes sociales de la salud.

El segundo punto que merece ser destacado es que los sistemas de salud son estructuras dinámicas e hipercomplejas y con profundas transformaciones coyunturales y estructurales que las sociedades están atravesando en varios campos y dimensiones, y que se expresan en sus sistemas de salud.

La primera de ellas es la transición demográfica. La región está compuesta por una población joven, pero, con una velocidad creciente, está pasando por un continuo y sostenido proceso de envejecimiento. Para dar un buen ejemplo, lo que a Francia le llevó un siglo para hacer, Brasil lo está haciendo en la mitad de tiempo: la tasa de fecundidad está cayendo drásticamente; la expectativa de vida, aumentando; la mortalidad infantil, disminuyendo; la población, envejeciendo.

La segunda transición, que también se vincula a la cuestión demográfica, es el cambio del perfil epidemiológico.



La tercera transición fundamental que los países de América Latina están viviendo es la relacionada al patrón alimentario. Cambios en el estándar alimenticio como consecuencia de modificaciones ocurridas en la estructura familiar en los países latinoamericanos, como el caso de la presencia cada vez mayor de la mujer en el mercado de trabajo, aliados a los profundos cambios en la industrialización de alimentos, con productos listos o casi listos para el consumo, llevarán a una ruptura del papel tradicional de quien prepara el alimento, haciendo que las personas se alimenten fuera de casa, consuman más alimentos industrializados con alto tenor de sodio, azúcar y grasas. Este es un nuevo campo de la regulación en salud y que también incluye las publicidades de alimentos, bebidas, fast food, etc.

Otra dimensión que requiere ser considerada corresponde a una cuarta transición, la tecnológica. La incorporación tecnológica en la medicina del futuro: biodrogas, robótica, nanodispositivos, vacunas terapéuticas, tratamientos más individualizados.

La quinta transición que están viviendo los países es la cultural, extremadamente compleja y paradójica, que se desdobra en múltiples aspectos. Algunos son positivos, cuando constatamos, por ejemplo, la gran disseminación de información sobre la salud a través de los medios de comunicación de masas que, en principio, amplían el nivel de información a las personas sobre formas de promoción y prevención.

La sexta transición importante que están viviendo los sistemas de salud en los países de América Latina es la organizacional: no se trata ahora solo de administrar unidades de salud, policlínicas u hospitales, sino también de organizar redes, instituciones, de manera integrada y articulada. Mientras tanto, esta formación de redes demanda no sólo saberes en los campos de la planificación, la gestión, la información, etc., sino también de tecnologías relacionales sofisticadas con metodologías definidas. Esto ocurre porque las redes son constituidas por personas que establecen vínculos. Y el tema de la gestión del conocimiento, de colocar el conocimiento a disposición de los profesionales de la salud, de las organizaciones, es un aspecto fundamental.

La séptima transición podemos denominarla económica, científica y de innovación. Necesitamos comprender que la salud trae en sí una dualidad distinta de cualquier otra política pública: al mismo tiempo es una política fundamental para la mejora de las

condiciones de vida, pero también es una dimensión económica, generadora de empleos, de desarrollo y de innovación extremadamente importante.

La salud posee, así, dos dimensiones que, asociadas, proyectan nuevas oportunidades en el desarrollo de los países latinoamericanos. Es parte de la política social y del sistema de protección social y fuente de generación de riqueza. El derecho a la salud se articula con un conjunto altamente dinámico de actividades económicas que pueden relacionarse virtuosamente en un estándar de desarrollo que busque el crecimiento económico y la igualdad como objetivos complementarios.

Desde esta perspectiva, la comprensión de las acciones orientadas hacia la promoción, la prevención y la asistencia a la salud como un gravamen o un fardo que solo carga el presupuesto público, se muestra limitado. Es necesario pensar la salud como parte constitutiva de la estrategia de desarrollo y como un frente de expansión hacia un nuevo estándar de desarrollo comprometido con el bienestar social y la sostenibilidad. La salud contribuye tanto a los derechos de la ciudadanía como a la generación de inversiones, innovación, ingresos, empleo y recaudación para el estado. En términos económicos, la cadena productiva de la salud, englobando las actividades industriales y los servicios, llega a representar más de un 7% del PIB en el Ecuador, constituyendo una importante fuente de ingresos tributarios.

Sus empleos directos, con puestos de trabajo calificados formales, corresponden al 10% de los puestos de trabajo del país. Y es el área donde las inversiones públicas en investigación y desarrollo son más expresivas.

Los sistemas de salud son organizaciones hipercomplejas en constante cambio. Comprenderlos a la luz de las transiciones por las que atraviesa el sector de la salud es fundamental para establecer políticas que aproximen su dinámica a los intereses de la mayoría de la población. Intervenir en su funcionamiento, ampliando el control de la sociedad sobre su desempeño, es esencial. Establecer políticas transversales y que dialoguen con los otros campos del saber potencia su capacidad de reducir las inequidades.

Para poder analizar las reformas del Sistema Nacional de Salud–SNS en Ecuador, dentro de los sucesos Latinoamericanos, es importante abordar las reformas trascendentales anteriores en países como: Brasil, Colombia y Uruguay.

Estos países han generado diferentes tipos de procesos y políticas públicas, presentado diferentes tipos de impactos en la Sociedad, en algunos de los casos siendo de ejemplo para países vecinos. Por qué aunque los países mencionados tienen sistemas de salud diferentes, los mismos provienen de procesos revolucionarios parecidos, llevados a cabo por movimientos sociales y liderados por un partido o movimiento político.

Los sistemas de salud de los países mencionados, han servido de modelo para otros países por su radicalidad, inclusión y principalmente por su participación ciudadana en cada una de las etapas de la reforma.

Las principales reformas presentadas por estos países se detallan a continuación:

#### ***5.5.1. La Reforma del Sistema de Salud en Brasil***

En la década del setenta, antes de la reforma del año 1988 que estableció un nuevo sistema de salud, las competencias en materia de atención de la salud se encontraban centralizadas en el gobierno federal. Allí, el financiamiento se canalizaba a través de contratos con el sector privado, y las fuertes inequidades eran la regla, ya que entre otras cosas, grandes porciones de la población no tenían ningún tipo de acceso a la atención médica (Falleti, 2009). Con el golpe de Estado de 1964 y la instauración de una dictadura militar, las principales medidas en el sector salud implicaron una integración de los diversos esquemas de seguridad social existentes, al tiempo que se extendió la cobertura a partir de la priorización del sector privado. Dicha integración, que había sido rechazada por diversos sindicatos anteriormente, tuvo como resultado una igualación de la atención de los sectores formales de la economía brasileña. Respecto a la ampliación de cobertura, en el año 1971 se garantizó el acceso a la atención de la salud a la población rural, los desempleados y los autónomos; lo que implicó que la población legalmente cubierta pasara de un 9% a un 90% (Falleti, 2009).

La reforma emblemática de la protección social en salud fue el modelo de cobertura universal con financiamiento fiscal implementado en la reforma sanitaria brasileña,

creando un servicio nacional de salud de tipo beveridgiano con el objetivo de garantizar una protección universal. En Brasil, la creación de un sistema público universal de salud, el Sistema Único de Salud (SUS), estuvo directamente relacionada a las luchas de los movimientos sociales por el retorno de la democracia y por la conquista de la plena ciudadanía. Desde finales de la década de 1970, el Movimiento Sanitario brasileño construyó una avanzada agenda de reforma sanitaria, cuyo principal objetivo fue garantizar el acceso universal y gratuito a toda la población. Con la creación de Sistema Único de Salud (SUS), a partir de la Constitución Nacional, que define a la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, se unificaron los servicios de salud de la previsión social y del Ministerio de Salud, rompiendo con la segmentación e instituyendo un sistema único universal. La Constitución Ciudadana de 1988, definió como principios del SUS: el derecho universal a la atención integral (preventiva y curativa) en todos los niveles de complejidad del sistema; la descentralización del sistema con dirección única en cada esfera de gobierno, federal, estatal y municipal, y la participación de la sociedad civil en consejos municipales, estatales y nacionales de salud. Cabe señalar que si bien el SUS ha logrado grandes avances desde 1988 a la fecha, cubriendo un amplio sector de la población antes sin derechos, subsisten importantes desafíos para garantizar el acceso universal a servicios de salud con calidad. Tal vez el indicador más expresivo de ello sea el porcentaje de población con planes privados de salud, que corresponde a 25% aproximadamente.

Los principales componentes de esta reforma fueron: el reconocimiento de la salud como derecho de ciudadanía; acceso igualitario de los servicios; la incorporación de la salud dentro del sistema de bienestar social; la existencia de una única autoridad pública para cada nivel del sistema, consolidando además la integración de los tres niveles de gobierno; una concepción de salud integrada e integral; y la generación de espacios de control y participación social para cada nivel descentralizado (Fleury, 2001). Este último punto, la participación social, es uno de los aspectos más importantes e innovadores de este sistema, sobre todo considerando las dimensiones territoriales y poblacionales de Brasil. En este sentido, existe una red de 5.000 Consejos Municipales de Salud, 27 Consejos Estatales de Salud, y un Consejo Nacional de Salud, donde participan aproximadamente 100.000 personas en carácter voluntario (Becerril et al, 2011).

Es que el sistema tomó como principal aspecto la gestión descentralizada del sistema, poniendo gran responsabilidad en las municipalidades –atención primaria y secundaria– quedando como responsabilidad del gobierno federal la atención terciaria y el diseño general del sistema. Sin embargo, esta supuesta total descentralización, que entre otras cosas habilita a las municipalidades a recolectar y distribuir los recursos disponibles; cuenta con la limitante de que aproximadamente el 70% de los recursos son provistos por el gobierno nacional (Fleury, 2001). El punto que no logró ser incluido en esta reforma por parte de los Sanitaristas fue el de la instauración de un sistema único de carácter estatal, fundamentalmente como consecuencia de las presiones de los actores privados del sistema.

Con el correr de los años, este sistema no fue capaz de alcanzar sus principales objetivos, entre otros factores por el carácter pro cíclico del presupuesto; que determinó una caída importante de los recursos disponibles para efectivamente consolidar un sistema universal. Por el contrario, el nuevo sistema terminó focalizándose en la atención de los sectores más pobres de la población casi el 70% al tiempo que desde los gobiernos se ofrecían señales contradictorias ya que mientras levantaban la bandera de un sistema único, ofrecían deducciones fiscales para aquellos que se pasaran a un seguro privado (Fleury, 2001).

Si bien en los últimos años se ha intentado avanzar hacia un rol más activo del Estado, sobre todo en materia de regulación de la calidad de los servicios y en la producción de medicamentos genéricos para tener una menor dependencia de las demandas del sector farmacéutico, lo cierto es que la composición del sistema de salud actual se encuentra estratificado de acuerdo la capacidad de pago de los individuos. De cualquier manera, estos hechos no han impedido que durante los dos períodos de gobierno del Partido de los Trabajadores (PT) liderado por Lula Da Silva, se hayan producido algunos intentos por atenuar estas distorsiones en el sistema, sobre todo a nivel de financiamiento. En primer lugar, se ha reducido el peso de los aportes del gobierno federal en el financiamiento de la red pública, que pasó del 70% antes mencionado a un 50,7% en el año 2004, mientras que los estados aportaban un 26,6% y los municipios un 22,7% de los recursos. Por otra parte, en el año 2008 se aprobó en el Senado una norma que estableció que el gobierno federal debería destinar al menos un 10% de los ingresos al

SUS, como forma de evitar el sub financiamiento del sistema público (Becerril et al, 2011).

En su segundo período, el gobierno de Lula lanzó un programa denominado “Programa de Aceleración del Crecimiento” para el período 2008 – 2011. Entre sus diferentes componentes, en materia de salud se diseñó el programa “Más Salud: derecho de todos”, cuyos principales ejes de intervención fueron: avanzar en la implementación del sistema de salud universal, igualitario e integral; consolidar acciones de promoción de la salud e intersectorialidad; profundizar la regionalización y la participación social; y eliminar el sub financiamiento del SUS (Becerril et al, 2011).

### ***5.5.2. La Reforma del Sistema de Salud en Colombia***

Desde mediados de los ochenta, Colombia inició un proceso de descentralización estatal bastante amplio, que entre otras áreas incluyó a la salud. Así, en 1990 se habilitó por Ley (Ley 10), la posibilidad de que las municipalidades comenzaran a proveer la atención primaria, mientras que los gobiernos provinciales asumieran la atención del segundo y tercer nivel (Fleury, 2001). Sin embargo, no fue hasta 1994 cuando se lanzó una reforma de la salud que tuvo como principales directivas: cobertura universal de la atención básica en el marco de un sistema de seguridad social solidario y con una reasignación eficiente de los recursos (Fleury, 2001), superar formas tradicionales de gestión e integrar vertical y horizontalmente los diferentes niveles de atención (Sojo, 2000).

Siguiendo también a Fleury (2001), podemos decir que estos objetivos se pretendían alcanzar a través de la separación entre financiamiento, aseguramiento y provisión: financiamiento como responsabilidad pública y articulación y suministro adjudicadas al mercado. Básicamente, lo que se produce es un cambio en los subsidios, que se trasladan desde la oferta –prestadores– hacia la demanda, otorgándoles a los usuarios libertad de contratación de un seguro.

El modelo de reforma incorporó los principios de la competencia regulada (Agudelo et al, 2011). En este modelo se buscó organizar la segmentación creándose un sistema de seguros públicos y privados diferenciados por grupo poblacional conforme al ingreso,

con separación de funciones de conducción, aseguramiento y prestación. El Estado asume el papel de conducción y regulación. Aseguradoras privadas o públicas en competencia asumen las funciones de aseguramiento y compra de servicios. La población inserta en el mercado de trabajo formal cotiza obligatoriamente para el régimen contributivo y aporta una pequeña parte para un fondo solidario. Este fondo solidario financia el régimen subsidiado que cubre a los más pobres, seleccionados conforme el ingreso por los municipios. La cobertura es diferenciada entre los segmentos con Plan Obligatorio de Salud (POS) más restricto en el régimen subsidiado (60% del POS del régimen contributivo). Cada régimen tiene distintas aseguradoras, una canasta de servicios y una red de establecimientos de salud, cristalizando las desigualdades.

De este modo, el nuevo sistema es dual, debido a que existen dos regímenes que conviven: uno contributivo, dirigido a trabajadores formales que aportan un 8% de su salario y trabajadores independientes 12% (Fleury, 2001). El régimen contributivo gira en torno a un Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que paga por usuario una cuota ajustada por edad y sexo, es también el encargado de velar por el equilibrio de recursos y las condiciones de igualdad (Sojo, 2000). Por otra parte, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las encargadas de la afiliación de las personas, recaudan las cotizaciones, y tienen la tarea de garantizarle al afiliado diferentes opciones de prestadores, que deben garantizar la cobertura de un Plan Obligatorio de Salud (POS).

166

---

Por otro lado, existe un régimen subsidiado, dirigido a la población de menores ingresos, pero el paquete de servicios al que estas personas pueden acceder el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado es menor en términos de cantidad de servicios garantizados, al POS para los afiliados al régimen contributivo. Este régimen subsidiado es financiado a medias entre el FOSYGA y las diferentes municipalidades (Sojo, 2000).

Estos movimientos implicaron entre otras cosas la transformación de los hospitales públicos en instituciones descentralizadas, con el objetivo de que los mismos sean competitivos en el mercado de proveedores.

La consecuencia directa de esta medida fue que ante la necesidad de proveer servicios de atención sanitaria a la mayoría de las personas cubiertas por el régimen subsidiado,

estos hospitales comenzaron a generar algunas barreras de acceso, mediante copagos generalmente, a la población más vulnerable que obviamente es la menos rentable.

Resumidamente, el mayor impacto positivo de la reforma vino por el lado del notable aumento en la población cubierta, mientras que por el lado de los déficits o fallas se pueden citar los problemas asociados con el financiamiento del sistema, la utilización clientelar en la afiliación de algunas familias al régimen contributivo y la segmentación y desigualdades que fortalecen la estratificación existente. Para evitar estos problemas, se vuelve esencial un efectivo ejercicio de parte de las instituciones estatales de sus responsabilidades en materia de regulación de las condiciones de competencia y complementariedad de subsectores. “Cuando la solidaridad y universalidad se promueven en un marco de competencia, como en Colombia, la reforma de la gestión pública debe fomentar relaciones de efectiva competencia y complementariedad entre los sectores público y privado” (Sojo, 2000).

### ***5.5.3. La Reforma del Sistema de Salud en Uruguay***

El triunfo del Frente Amplio en las elecciones del año 2004 abrió una ventana de oportunidad para la realización de una serie de reformas estructurales en diversas áreas consideradas clave para el desarrollo integral de Uruguay. Sin lugar a dudas, el sector salud era uno de ellos, y en buena medida la aprobación e inicio de implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud parece demostrar que algo logró pasar por dicha ventana. Para ello, el proceso político que debió pasar el proyecto de reforma estuvo caracterizado por la participación de diversos actores, en algunos casos con intereses contrapuestos, y una clara predisposición por la negociación.

Una contrapartida inherente a este estilo de hacer política, fue el abandono o la atenuación de algunos cambios en algunos casos, y la posposición de ciertos conflictos por otro. Así, hasta finales del 2009 se vivió un escenario expansivo del nuevo sistema, caracterizado por el incremento de los recursos económicos de todos los actores del sistema, y la incorporación al mismo de un importante número de ciudadanos. Los principales puntos para el sector salud fueron: fortalecer la Rectoría del Estado sobre el conjunto del sector, afirmar ASSE y al resto del subsistema público, fomentar la participación social de usuarios y trabajadores, consolidar el nuevo modelo de atención,



culminar el total aseguramiento del Seguro Nacional de Salud, además de intensificar la formación y capacitación de los trabajadores del sector.

Uruguay está recorriendo la “segunda transición demográfica”, hacia una reducción de la natalidad por debajo del nivel de reemplazo, junto con una fuerte tendencia al envejecimiento poblacional. Las tres principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, en primer lugar, seguido por las neoplasias y los accidentes. Las enfermedades crónicas no transmisibles causan el 70% de las defunciones e insumen aproximadamente el 60% de los costos de la atención médica.

Antes de la reforma de creación del SNIS, el sistema de salud era segmentado. La atención brindada por hospitales y policlínicas del subsistema público estaba dirigida a la población de menores ingresos, es decir, a quienes no podían hacer frente al pago de las cuotas de las instituciones privadas. Por su parte, el sector privado –constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC) y por los seguros de atención médica, enteramente privados– estaba orientado a la atención de los grupos de ingresos medios y altos que pagan las cuotas mutuales de su bolsillo y a brindar cobertura a los trabajadores privados y públicos del sector formal, para lo que existía una oficina estatal (el Banco de Previsión Social) responsable de actuar como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de los empleadores y contratando a las IAMC.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 18.211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud del año 2007, la protección a la salud es un derecho de todos los habitantes residentes en el país (Art. 1).

Desde esta perspectiva de la salud como derecho, se han promulgado distintas leyes vinculadas a la promoción de los derechos de los usuarios en sus distintas dimensiones. Entre ellas, se destaca la Ley 18.335, promulgada en el año 2008, que especifica los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud del SNIS. El decreto que reglamenta dicha Ley (N° 274/010) no sólo representa un instrumento legal sino también un instrumento de difusión de los derechos, como lo es la Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Dicha Cartilla debe ser entregada a todos los usuarios de los servicios de salud –públicos y

privados– en el correr del año 2011, según versa en la Ordenanza 761 del Ministerio de Salud Pública.

En relación a las competencias del Estado en materia de salud, éstas son definidas en la Ley Orgánica de Creación del Ministerio de Salud Pública n. 9.202, promulgada en el año 1934. Allí se establecen competencias de alcance nacional en materia de regulación sectorial, vigilancia, ejercicio de la policía sanitaria y provisión de servicios de salud (OPS, 2009).

No obstante, las competencias del Estado vinculadas a la rectoría, financiamiento y provisión de servicios han tenido una profunda recomposición a partir de las distintas leyes promulgadas en el marco de la reforma del sistema de salud. En términos de rectoría, el Ministerio de Salud Pública afirma, amplía y profundiza sus competencias sectoriales de acuerdo a la nueva visión que orienta el Sistema (OPS, 2009).

En el campo del financiamiento, el marco legal del aseguramiento público en salud está dado por la Ley 18.131 de Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), del año 2007. Bajo la modalidad de aseguramiento a través de la Seguridad Social, se define al Fondo Nacional de Salud como el encargado de financiar el régimen de asistencia médica de sus beneficiarios, desde el cual se quiere asegurar una cobertura universal, así como una mayor equidad en el financiamiento. En un comienzo, el Seguro Nacional de Salud ampara a los beneficiarios del Seguro por Enfermedad del Banco de Previsión Social (BPS), los jubilados del BPS de bajos ingresos que hicieran la opción prevista por ley, los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado (OPS, 2009).

Con posterioridad a la Ley de Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), nuevas leyes amplían la población asegurada, incorporando nuevos grupos al Seguro Nacional de Salud. De acuerdo a lo establecido en la Ley 18.211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, a partir del 1º de enero de 2008 se incorporaron al Seguro Nacional de Salud los trabajadores privados, los hijos menores de 18 años o discapacitados de cualquier edad a cargo de un beneficiario del Seguro y aquellos activos que se ampararan a partir de esa fecha bajo al régimen jubilatorio. A su vez, dicha Ley prevé la incorporación gradual de otros colectivos, como son los cónyuges de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud y aquellos trabajadores comprendidos en

otros seguros convencionales (cajas de auxilio). Más recientemente, en enero de 2011, se aprobó la Ley 18.731 que prevé la incorporación progresiva de jubilados y pensionistas al Seguro Nacional de Salud, finalizando la incorporación de todo el colectivo hacia 2016.

En el campo de la provisión, se destaca la separación de las competencias de rectoría y provisión de servicios de salud a través de la Ley 18.161, que establece que la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) pasa a ser un servicio descentralizado –antes desconcentrado– que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública. La ASSE integra el Sistema Nacional Integrado de Salud y tiene por propósito garantizar el derecho a la atención a la salud de los uruguayos, coordinando con los otros servicios estatales. Dicho organismo está dirigido por un directorio de cinco miembros, tres de los cuales son designados por el Poder Ejecutivo, previa venia del Senado, y otros dos directores representan a los trabajadores y usuarios. La Ley 18.161 también tiene prevista la creación de un Consejo Honorario Nacional y de consejos departamentales para ampliar la participación de usuarios y trabajadores y para asesorar al Directorio (OPS, 2009).

170

---

Según datos de la OPS en el 2012, el 96% de los uruguayos estaban cubiertos por algún tipo de seguro de salud integral. El Seguro Nacional de Salud (FONASA) cubría 1.797.029 personas, correspondiendo a 53% de la población total de 3.368.595. No tenían cobertura de aseguramiento a través del Seguro Nacional de Salud (no FONASA) 1.434.087 (IAMC colectivo, IAMC individual IAMC otros, ASSE resto, seguros privados colectivo e individual y otros). Pero entre estos la gran mayoría contaba con otra cobertura, sea por afiliación individual o colectiva, además de las coberturas de la Sanidad Militar y Policial estimada en 7%, no presentada en esta tabla. Si se considera otros servicios de salud no integrales (BPS, Policlínicas Municipales, etc.) el porcentaje de población sin cobertura propiamente dicha es muy bajo. La encuesta poblacional en 2010 estimó que sólo el 2,8% de los uruguayos no tiene cobertura de salud.

Otros 996.449 (ASSE /resto no FONASA) correspondiendo a 31% de los asegurados, o 30% de la población total, son usuarios con cobertura de salud en ASSE a través del Carné de Salud gratuito o arancelado (la mayoría es gratuito) y están cubiertos por los servicios públicos de ASSE.

Así, el 83% de los uruguayos están cubiertos por esquemas públicos (47% IAMC/FONASA, 34% ASSE, 1,3% Seguros privado/FONASA). Si se considera la Sanidad Policial y Militar con cobertura de 7%, se alcanza una cobertura pública de 90%. Por seguros privados no FONASA está cubierto otro 1,2% y por IMAC no FONASA, otro 12% de la población (hay dobles coberturas).

Con la creación del SNIS se integra el sistema con incorporación progresiva de la población al Seguro Nacional de Salud y garantizando un Plan Integral de Atención a la Salud. El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) constituye el conjunto de prestaciones que deben garantizar a sus beneficiarios las instituciones acreditadas como prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud.



## CAPÍTULO VI. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ECUADOR

### 6.1. Introducción

La crisis macroeconómica en Ecuador de los años 1998 y 1999 tuvo efectos devastadores y duraderos, en especial en las zonas rurales de la Costa afectadas por el fenómeno del Niño y en la clase media urbana. En el corto plazo, la adopción del dólar estadounidense como moneda nacional para enfrentar la crisis ayudó a controlar la inflación, ya que permitió que los precios de los bienes comerciables bajaran respecto de los precios de los bienes no comerciables y que los precios de los bienes duraderos (muchos de ellos importados) disminuyeran respecto de aquellos de los bienes no duraderos. El menor costo de la canasta de consumo promedio que resultó de esta medida benefició más a los hogares no pobres que a los pobres: la canasta de consumo del primer segmento, compuesta en un 46% por bienes duraderos, disminuyó 19%, mientras que para el segundo segmento (hogares pobres) disminuyó solamente 2%.

173

---

Entre 1990 y 1999, la pobreza nacional medida según el consumo aumentó de 40% a 45%, mientras que la cantidad de pobres se incrementó de 3,5 millones a 5,2 millones. La pobreza aumentó en más de 80% en las zonas urbanas de la Costa y la Sierra, se mantuvo inalterada en las zonas rurales de la Costa y subió 15% en las zonas rurales de la Sierra.

Sin lugar a dudas la economía ecuatoriana se encontraba sumida en una profunda crisis, y precisamente una de las señales más claras del mercado fue la pérdida de las funciones del dinero, por lo que los agentes económicos preferían el dólar estadounidense y se iba poco a poco consolidándose la dolarización informal en el país. En marzo de 1999 en un acto desesperado por detener la fuga de capitales se decreta el Feriado Bancario, pero la conflictividad social, política y económica se mantuvo y el estallido social se hizo presente derrocando al entonces Presidente Jamil Mahuad Witt, el cual salió del país dejando instaurado el Esquema Monetario de Dolarización, como

forma alternativa de controlar la crisis. Seis años más tarde, este Modelo Monetario no ha podido corregir los principales problemas ni atender las necesidades sociales más urgentes del país, por lo que no podemos determinar que se hayan producido grandes cambios y afirmar que nos encontramos en el camino del desarrollo.

Sin embargo queda por resolver los principales problemas: la pobreza y las desigualdades sociales. El modelo Agro exportador no arrojó resultados benignos mientras que el Desarrollista presentó cerca de tres décadas de prosperidad económica, que si bien consiguió grandes avances pero no logró que todos los sectores de la sociedad accedan equitativamente a los beneficios que trae consigo el progreso económico.

Las reformas que se aplicaron seguramente no fueron tan profundas especialmente la agraria porque no hay otra forma de explicar el porqué de tanta pobreza en el área rural; y es que el problema no es solo en este sector sino también en la ciudad, ahí donde se encuentran los barrios marginales conformando los cordones de miseria. Inclusive existía una proporción altísima de pobreza en forma de indigencia 9%, aquellos que no disponen ni de lo indispensable para la vida humana, los que comen una sola vez al día, ellos se encuentran en la mayoría de la población indígena y afroecuatoriana, había poblaciones en el país que estaban consideradas como de desastre alimentario 9 de cada 10 niños sufren de desnutrición crónica; por la relación inversa entre el nivel de educación y el nivel de pobreza en el 2001 el porcentaje de pobres entre la población que vive en hogares cuyo jefe no tiene ninguna educación fue 90,8%, es decir 9 de cada 10 hogares son pobres; en el campo los agricultores y/o los indígenas apenas tienen 3,3 años de escolaridad, es decir solo saben poner su nombre.

La desigualdad en los logros sociales demuestran la presencia de prácticas excluyentes en la asignación de recursos públicos y en la oferta de servicios básicos; la pobreza es un indicador que resume la carencia de condiciones de vida elementales de la población, según la definición de necesidades básicas insatisfechas sugerida por la comunidad andina el 61,3% es pobre en el país, sin embargo este promedio nacional esconde diferencias al interior del país, 9 de cada 10 personas autodefinidas como indígenas y 7 de cada 10 personas autodefinidas como negras son pobres, el único grupo étnico con

una incidencia de la pobreza inferior al promedio del país es el conformado por quienes se autodefinieron como blancos (cinco de cada diez).

En el ámbito de la salud de por sí ejerce gran influencia en las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones, si bien en la mortalidad en general la tendencia era decreciente pero la neonatal infantil y de la niñez presentaban importantes tasas de crecimiento 15 de cada 1.000 niños nacidos vivos mueren por trastornos e infecciones respiratorias, nacimientos prematuros y de bajo peso, infecciones intestinales y desnutrición, estas en su mayor parte pueden ser combatidas con una política de salud pública agresiva en los ámbitos de promoción y prevención colectiva e individual.

En la morbilidad hospitalaria encontrábamos que la principal causa deficitaria de atención es por parto, causas obstétricas, fracturas, etc., lo que indica que la política hospitalaria del país todavía no tenía claramente establecida en la práctica una política que direcciona la referencia y contrarreferencia de las atenciones.

El problema de la nutrición en el país era muy importante ya que requiere intervenciones estatales que rebasen el ámbito sectorial de salud, así podemos ver que la desnutrición crónica afectaba al 25,8% de los niños, lo que quería decir de que uno de cada cuatro niños ecuatorianos se encontraba en riesgo de ser afectado severa e irreversiblemente en su situación física, intelectual y psicológica.

---

175

La oferta de establecimientos de salud hospitalarios ofrecida por el Estado mostraba una retirada relativa 13,4% dejando a los privados a que se encarguen de este servicio 80,2%. Este hecho se evidencia en el deterioro del presupuesto público para salud, frente a una demanda cada vez mayor de la población de servicios de salud. El personal de salud del sector público creció en apenas 13,5% (1997-2001), mientras que el personal de salud del sector privado creció en 188%.

Desde la anterior década y la presente se ha abierto al debate para la discusión sobre el mejoramiento de la salud, la ampliación y equidad del acceso al servicio y la configuración de un real Sistema Nacional de Salud con el Ministerio de Salud Pública como cabeza rectora del proceso.

Siendo uno de los principios fundamentales de la reforma del sector la separación de la



provisión, el financiamiento y la regulación, y la reforma al IESS sistema de seguridad social que es el segundo oferente público de mayor magnitud.

Sobre este tema existen tres procesos dignos de resaltarse: el aseguramiento universal de salud, la aplicación de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia y la descentralización de los servicios de salud.

La población ecuatoriana casi en su totalidad carecía de aseguramiento en salud 83,9%, mientras un 16,1% se hallaba asegurado en el IESS Seguro Social Campesino (16,76%), ISSFA, ISSPOL (1,09%), aseguradoras y compañías de medicina prepagada privada (2,93%).

Si analizamos quienes estaban asegurados al IESS veremos que el 20% más rico del país era el beneficiario, y solo el seguro social campesino era el programa que prestaba atención de salud pública a los más pobres de los pobres.

La corrupción se había apoderado de varios estamentos públicos y privados, motivo por el cual en la actualidad nos han calificado como uno de los países más corruptos del mundo; últimamente este mal ha logrado fisurar el tejido de los Organismos Estatales que se encargan de velar y mantener la paz ciudadana interna y externa que han caído presa de esta enfermedad llamada corrupción en concupiscencia con banqueros privados y empresas multinacionales.

Las grandes revoluciones históricas comienzan por pequeñas e ignoradas conspiraciones que tienen el efecto de remover bases caducas y obsoletas y transforman viejos paradigmas dando oportunidad a que nuevas formas del pensamiento conformen nuevas estructuras, sueños y esperanzas.

La situación actual es un proceso que se fue haciendo visible desde los 80, la política económica debe ir más allá de las devaluaciones, convertibilidad, dolarización, o de meros retoques tipo parche de política neoliberal, lo que debe plantearse en la alternativa de desarrollo no debe ser un recetario vago, impreciso y abstracto, lo contrario debe ser un gran replanteamiento sobre el rol del Estado, del mercado, de la sociedad civil, con la conducción de nuevos actores y protagonistas. Siempre la reforma política ha sido un caso de características cíclicas, cada vez que surgen dificultades en la

conducción del gobierno se lleva al debate nacional en el mejor de los casos para que se conduzca en óptimos escenarios de gobernabilidad, o se convoca a consulta popular y si es el caso se logra reformar, pero quienes son los que se encargan de ejecutar los mismos políticos de siempre, lo cívico será elegir a nuevos líderes de una nueva generación que hagan propuestas serias y contemporáneas que merezca el voto digno, soberano y decoroso de la sociedad; desechando en las urnas a los demagogos de la política.

Si esta democracia se vuelve capaz de resolver problemas, producir resultados concretos y visibles tanto en lo económico y social, y además garantiza la libertad, los derechos humanos ampliamente y promueve la participación ciudadana; logra que sus instituciones se consoliden y gocen de prestigio; hace que la ciudadanía lo quiera y se sienta respaldada, es decir consigue que ingresen a la conciencia colectiva afectiva, y forma sus valores parte de la cultura; habrá obtenido la garantía de su permanencia en el tiempo.

La democracia en la historia ha tenido que transitar por varias formas siendo una democracia elitista, luego de la clase media y es ahora cuando nos encontramos dentro de una democracia abierta a las grandes masas; habiendo sido una democracia representativa hoy debemos caminar hacia una democracia participativa activa y creciente de la población y de la sociedad civil en la discusión y solución de los problemas colectivos; de un régimen de intolerancia debemos ir hacia el pluralismo político y cultural; desde el aislamiento y del enfrentamiento entre naciones hemos cambiado y transitamos por la senda hacia una actitud de entendimiento, cooperación y solidaridad; y desde una posición de dependencia en relación con los grandes centros industriales está creciendo en el país la necesidad imperiosa de primero generar un crecimiento hacia adentro para luego enfrentarnos competitivamente en la economía mundial, ostentando términos de eficiencia y competitividad.

El crecimiento económico no será compartido por los sectores más postergados si sus efectos no son eficaces, la justicia social es un requisito insustituible y más aún es un punto de apoyo básico e importantísimo para emprender cualquier proyecto de transformación, reforma y consolidación estable de la democracia; el crecimiento con equidad debe ser la principal idea de la nueva alternativa.

Este capítulo se organiza de la siguiente manera. En primer lugar, se realizará una caracterización de la realidad del sector sanitario ecuatoriano en los años previos a la aprobación de las leyes que dieron nacimiento al Sistema Nacional de Salud.

Esta caracterización incluye entre otras cosas una presentación y descripción de los principales actores involucrados con la temática, sus intereses, y sus posturas ante la reforma. En segundo lugar, se realizará en la medida de lo posible una reconstrucción del proceso de formulación de la propuesta, las coaliciones construidas, así como también las diferencias entre lo propuesto por el gobierno y lo finalmente aprobado. Por último, el capítulo se cerrará con una presentación de las primeras etapas de implementación del SNS, las dificultades existentes y la actuación de los diversos actores en el proceso.

## *6.2. Proceso Político de las Reformas del Sistema Nacional de Salud*

Según la OMS en su Informe sobre la salud en el mundo del año 2000, un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. En el año 2007, en el Marco de Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, este concepto evoluciona estableciéndose que un Sistema de Salud está formado por todas las organizaciones, personas, y acciones cuyo objetivo primordial es promover, restablecer o mantener la salud. En este contexto, sus objetivos fundamentales son mejorar la salud de la población a la que atiende, un financiamiento ecuánime, y mayor acceso y cobertura acorde a las expectativas de la población (OMS, 2000; OMS, 2007).

Históricamente, el Sistema de Salud Pública en Ecuador se ha caracterizado por una gran segmentación y por un modelo de gestión de carácter centralizado. La oferta se ha concentrado en temas de carácter curativo y hospitalario, con un menor énfasis en el fortalecimiento de la gestión del sistema, la calidad de los servicios y el incremento de la cobertura (OPS, 2008). Asimismo, la respuesta institucional pública se ha limitado a la solución de problemas coyunturales y, de forma consecuente, ha existido una escasa

planificación de carácter estratégico y una falta de alineación de la política estatal de salud (Viciano, & Martínez, 2010).

Desde la creación del Ministerio de Salud por la Asamblea Nacional Constituyente en junio de 1967, por el resultado de la acción de una serie de fuerzas políticas a las que se sumaron las reiteradas solicitudes del gremio médico, la influencia de varios factores regionales y la necesidad de cumplir con algunos compromisos internacionales asumidos por el Estado ecuatoriano.

El nacimiento de la atención de salud estatal se encaminó al cuidado a los más pobres, la atención salubre en la actividad portuaria y la sanidad marítima orientada a la agro-exportación.

En 1948 se institucionaliza la necesidad de responder a la realidad epidemiológica de la población a través de la creación del Ministerio de Sanidad, como entidad rectora del sistema. Fue hasta 1972, cuando se realizó el primer esfuerzo para consolidar un “Sistema Estatal de Salud” y hasta la década de los noventa que se empezó a visualizar a la Atención Primaria en Salud como estrategia para consolidar dicho sistema (CEPAR, 2005).

Para poder reconstruir los insumos o las ideas que pueden haber nutrido la conformación de las reformas al Sistema Nacional de Salud por parte del primer gobierno de la Revolución Ciudadana, se identificaron los siguientes documentos: los diferentes Congresos por la Salud y la Vida en el país, los elaborados por los sindicatos de trabajadores del sector –tanto médicos como no médicos–, la interna del propio gobierno central de AP, y en un escalón por debajo, operando de forma asesora la Organización Panamericana de la Salud en Ecuador.

A un mes de iniciado el gobierno denominado de la Revolución Ciudadana, el Ministerio de Salud Pública creó mediante un Decreto el denominado “Consejo Consultivo para la Transformación Sectorial de la Salud en el Ecuador- TSSE”. Dicho espacio reflejó rápidamente un factor que caracterizó en líneas generales el proceso de negociación y elaboración de diferentes iniciativas sectoriales en el área social: la apertura a la participación de diferentes organizaciones vinculadas a la materia

específica. Así, la integración del Consejo Consultivo se conformó con la participación de los miembros del CONASA.

Fue en este espacio donde se comenzaron a procesar las principales iniciativas de reforma, y en donde el gobierno pudo ir conformando el esquema de posibles alianzas y actores o puntos de veto a las diferentes propuestas; al tiempo que para el resto de actores fundamentalmente las empresas prestadores y los médicos el Consejo Consultivo podía ser aprovechado para dejar sentadas sus posturas y ejercer presión a favor de sus intereses.

El primer paso para la Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador fue la inclusión dentro de la Constitución del 2008 los artículos correspondientes a salud recogiendo muchos de los planteamientos del sector. En marzo de 2009 se llevó a cabo el IV Congreso por la Salud y la Vida de la ciudad de Loja-Ecuador, teniendo como meta central la propuesta de Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador- TSSE, con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal.

180

---

Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación de la red público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación. El sistema complementará los subsistemas públicos y privados de forma de alcanzar el modelo de atención integral con un enfoque familiar, comunitario e intercultural adecuada para la diversidad poblacional del país.

Estos hechos contribuyeron de manera significativa a la aplicación de la discusión de la TSSE entre los actores del sector. Adicionalmente, varias de las consultorías propuestas por el MSP y el Consejo Consultivo han sido concluidas e incluyen productos que aportan a la construcción del Sistema Nacional de Salud.

La incorporación de la Bioética en la discusión de la TSSE es un esfuerzo importante, cada vez es más clara la evidencia del impacto positivo en salud de disminuir las inequidades en cuanto al acceso a servicios de atención de salud. Woolf et al. contrastaron el número de vidas salvadas en EE.UU. por los avances tecnológicos

médicos con el número de muertes atribuibles a un exceso de mortalidad entre afroamericanos en el periodo comprendido entre 1991 a 2001. Los avances médicos evitaron 176.633 muertes, pero si se hubiera resuelto la inequidad entre la población blanca y afroamericana se hubiera evitado 886.202 muertes, es decir se podían haber salvado cinco vidas por cada muerte evitada por los avances médicos.

En abril de 2008, el Ministerio de Salud Pública presento al Ejecutivo la propuesta de Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador (TSSE) trabajada conjuntamente con el Consejo Consultivo del CONASA, además de SENPLADES y que contó con el apoyo de organismos de cooperación internacional (OPS/OMS, UNFPA, UNICEF). La fase preparatoria incluyó la definición del modelo de cobertura universal, el establecimiento del marco teórico, el financiamiento de las reformas por etapas, la discusión con otras instituciones del sector, la presentación y aprobación por parte del Ejecutivo, la publicación del primer documento guía.

La primera fase de sensibilización entre los actores del sector (fase de discusión) se lo llevo en talleres sectoriales concluyendo en el II Congreso por la Salud y la Vida en Cuenca – Ecuador, donde se hizo una revisión exhaustiva de los artículos de salud propuestos en la nueva Constitución.

---

181

El trabajo de seguimiento en la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) fue una siguiente etapa en la que el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Consultivo del CONASA participaron de forma directa en las Mesas donde se debatían los textos de salud.

La propuesta de Constitución presentada por la ANC incorporo la mayoría de los artículos presentados por el sector, por lo que el MSP inicio una labor de difusión de los contenidos. En esta etapa el Consejo Consultivo del CONASA publicó el documento “La Salud en la Nueva Constitución”.

Posterior a la publicación se llevó a cabo un análisis comparativo por los actores del sector entre los artículos de la salud en la Constitución de 1998 y los propuestos en la nueva Constitución.

Más allá de estas puntualizaciones, lo cierto es que la mayoría obtenida en la Asamblea Constituyente le permitió al Movimiento Alianza País (AP) a reorientar los verdaderos ámbitos de decisión, prescindiendo en parte de las comisiones y plenarios de la asamblea, y trasladando la dinámica de negociación y realización de cambios al proyecto original a las reuniones de la bancada del propio partido de gobierno, donde se encontraban representados todos los sectores del mismo. De cualquier manera, los juicios, opiniones y debates desarrollados en los ámbitos de discusión de la asamblea ofrecen un excelente acercamiento a las diferentes posturas en torno a los principales temas abordados por el proyecto de reforma, ya que entre otras cosas las comisiones del Poder Legislativo fueron los espacios – junto al Consejo Consultivo – donde el resto de actores involucrados con el sector de la salud tuvieron la posibilidad de ejercer su poder de presión o veto.

Finalmente estos documentos fueron difundidos entre los actores del sector (fase de conclusión) se lo llevo en talleres sectoriales concluyendo en el IV Congreso por la Salud y la Vida, donde se aprobó los artículos incluidos en la nueva Constitución que fue aprobada en referéndum el 30 de septiembre de 2008.

### **6.2.1. CONASA**

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1980-1984, además de las medidas tendientes a combinar de mejor manera los recursos disponibles para la investigación y el desarrollo se propone mejorar la integración del sector salud. Esta medida es viabilizada mediante la creación del Consejo Nacional de Salud (CONASA), el 3 de Enero de 1980 (Decreto Ejecutivo N°56) como organismo coordinador de las acciones del sector salud y asesor de políticas y estrategias de salud del Ministerio de Salud Pública, conducido en aquel momento por el Dr. Humberto Guillen Murillo.

Este Consejo pretende articular a todos los estamentos que involucrados en el sector de la salud a nivel del país tales como el MSP, Bienestar Social, IEES, CONADE, Sanidad Militar, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Cruz Roja, SOLCA, AFEME, gremio de profesionales y de trabajadores. La creación definió las siguientes funciones:

- Asesorar al MSP

- Elaborará recomendaciones para el plan sectorial y colaborar en su ejecución
- Sugerir la adopción de normas técnicas y vigilar su cumplimiento
- Establecer normas comunes para el funcionamiento del sector
- Realizar estudios dirigidos hacia la toma de decisiones.

En su primer reunión conto con representantes del MSP, AFEME, Junta de Beneficencia, Federación de Médica, Federación de empleados y Trabajadores de la Salud, CONADE, Cruz Roja, IESS, FFAA, Federación Odontológica Ecuatoriana y el Ministerio de Bienestar Social. Reunión que creó una primera comisión para la elaboración del reglamento y presupuesto.

En esta fase inicial el consejo buscó estructurarse más horizontalmente, mediante la creación de comités provinciales de coordinación que alimentaran las futuras decisiones, objetivo que no fue logrado, puesto que ni siquiera a nivel central se contaba con la participación de otras instancias de la sociedad civil, e incluso sus miembros no realizaban una proyección o extensión de esta instancia decisoria hacia el interior de sus instituciones.

---

183

Sus dos primeros años son muy irregulares e intenta discutir la problemática de salud del país, pero no logra establecer una metodología de trabajo y gestión, limitándose únicamente a crear comisiones de trabajo esporádicas y puntuales. Entre los principales aspectos abordados en este periodo están:

- Discusión sobre el programa de Atención Primaria de Salud, y la necesidad de contar con información estadística básica del sector.
- Búsqueda de la reactivación del comité Nacional de Salud Rural para la coordinación con el Seguro Social Campesino y su ampliación
- Busca un nuevo acercamiento con el IESS para mejorar la cobertura de la población.
- Análisis de la problemática de provisión y uso de medicamentos
- Elaboración de proyectos para la modificación del código de la salud.

En 1982, se encuentra la necesidad de crear una instancia de gestión y asesoría técnica permanente que realice un seguimiento de las decisiones y de continuidad al trabajo del



CONASA, para lo cual se crea la Comisión Técnica Ejecutiva del Consejo, con las siguientes atribuciones:

- Emitir opiniones técnicas oportunas para que den mejor cumplimiento a las políticas de salud y al desarrollo de las actividades del CONASA.
- Recomendar y analizar los asuntos que se presenten al CONASA
- Vigilar por el fiel cumplimiento de las resoluciones del CONASA.

En 1984, con el fin de corregir las deficiencias en la planificación de la salud se crea en el Consejo, la Comisión de planificación, integrada por técnicos del MSP, el IESS y el CONADE.

En 1988 por decreto ejecutivo se dota de una nueva infraestructura al Consejo, con el propósito de fortalecerlo técnica y administrativamente para que sea un organismo de apoyo para la conformación del Sistema Nacional de Salud y de la política del sector (Registro Oficial 861 en Alava, 1994).

El Consejo Nacional de Salud, como entidad pública con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera, en el marco de la LOSNS ha desarrollado su Planificación Estratégica y ha establecido la Organización Institucional por Procesos como eje conductor de su trabajo, con el asesoramiento de la Secretaría Nacional Técnica de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público SENRES

El Consejo Nacional de Salud (CONASA) desde su creación en 1980, ha promovido la organización del Sistema Nacional de Salud, lo cual en la Asamblea Constituyente de 1998 fue establecido como un mandato expreso para el estado ecuatoriano.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) aprobada en Septiembre 2002 y el Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, fueron el producto del esfuerzo político, técnico y social de las diferentes instituciones y actores del sector salud.

El Consejo Nacional de Salud, como entidad pública con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera, en el marco de la LOSNS ha desarrollado su

Planificación Estratégica y ha establecido la Organización Institucional por Procesos como eje conductor de su trabajo, aprobado por la Secretaría Nacional Técnica de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público SENRES, publicado en Registro Oficial N° 181 del 5 de Enero del 2006.

El Consejo Nacional de Salud -CONASA- es el organismo de representación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, conformado por entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

La Ley publicada en Registro Oficial No. 670 del 25 de septiembre de 2002, crea el Consejo Nacional de Salud como entidad pública, con personería jurídica propia y autonomía administrativa y financiera.

Su Estatuto Orgánico por Procesos fue aprobado por la Secretaria Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público y publicado en Registro Oficial No. 181 del 5 de Enero del 2006.

#### Funciones del CONASA

- Apoyar al Ministerio de Salud Pública en el ejercicio de las funciones del Sistema Nacional de Salud: coordinación, provisión de servicios de salud, financiamiento y aseguramiento.
- Promover la participación y control social y el ejercicio de los derechos en salud.
- Concertar la aplicación de normas y políticas de salud entre los integrantes del Sistema, mediante proceso de consenso y diálogo entre instituciones, organizaciones y gremios del sector salud

**Gráfico 2.- Proceso de Aprobación de Propuestas Sector Salud**

Fuente: CONASA, 2014

Los delegados institucionales son oficialmente nombrados por la autoridad de cada entidad y el carácter de su representación es técnica, las actividades cumplidas se registran formalmente en actas de cada sesión y se orientan en base a la planificación estratégica institucional.

El funcionamiento técnico administrativo del CONASA se financia con el aporte del Presupuesto General del Estado y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y cumple con las regulaciones establecidas para la administración pública.

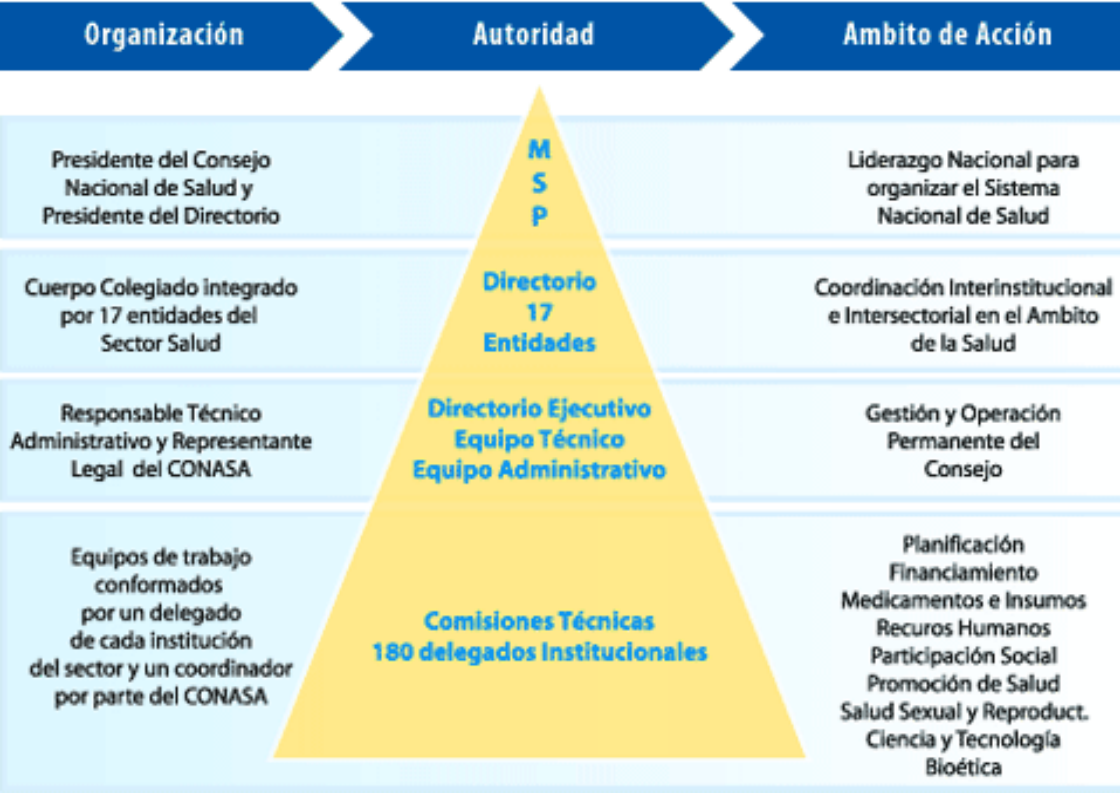
---

186

El diálogo y la concertación se realiza en dos instancias: el nivel directivo que lo integran todas las autoridades institucionales y representantes gremiales; un nivel técnico, integrado por comisiones en las cuales participan los delegados de cada una de las instituciones del SNS. El mecanismo de trabajo son reuniones periódicas para elaborar y discutir propuestas en grupos de trabajo denominados Comisiones Técnicas.

El Directorio del Consejo Nacional de Salud se reúne para conocer el informe de actividades de la Dirección Ejecutiva y con el propósito de resolver sobre las propuestas que elaboran las comisiones técnicas, dichas resoluciones son de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud.

Gráfico 3.- Procesos del CONASA



Fuente: CONASA, 2014

Los delegados institucionales son oficialmente nombrados por la autoridad de cada entidad y el carácter de su representación es técnica, las actividades cumplidas se registran formalmente en actas de cada sesión. Las actividades de las comisiones se orientan en base a la planificación estratégica institucional.

El funcionamiento técnico administrativo se financia con el aporte del Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, recursos que son manejados a través del Presupuesto General del Estado y cumplen con las regulaciones pertinentes para la administración pública.

La Visión del Consejo Nacional de Salud es que para el 2015 se consolidará como una entidad del Sector Público con autonomía administrativa y financiera, de gestión eficiente; cuyos acuerdos y resoluciones, resultado de la concertación sectorial y

participación social serán aplicados en todo el sector salud en el proceso de construcción, fortalecimiento y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

La Visión del CONASA está comprometida con el cumplimiento de su Misión.

La Misión del Consejo Nacional de Salud es ser una entidad cuyo propósito fundamental es impulsar la construcción del Sistema Nacional de Salud; concerta la Política Nacional de Salud; participa con el Ministerio de Salud Pública en la formulación del Plan Integral de Salud, coordina con sus integrantes su implementación, promueve la participación social y el ejercicio de los derechos en salud.

Los Integrantes del Sistema Nacional de Salud de acuerdo al Artículo 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, los Integrantes del Sistema Nacional de Salud son las siguientes entidades que actúan en el sector de la salud, o en campos directamente relacionados con ella:

1. Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas.
2. Ministerios que participan en el campo de la salud.
3. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL.
4. Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional.
5. Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.
6. Junta de Beneficencia de Guayaquil.
7. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA.
8. Cruz Roja Ecuatoriana.
9. Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Consejos Municipales y Juntas Parroquiales.
10. Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.
11. Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG's), servicios pastorales y fiscomisionales.

12. Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
13. Organizaciones que trabajan en salud ambiental.
14. Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
15. Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.
16. Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.
17. Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.

El Sistema Nacional de Salud recibe el apoyo y asesoría permanente de los organismos de cooperación técnica del Sistema de Naciones Unidas: OPS/OMS, UNFPA y UNICEF.

### ***6.2.2. Marco Legal del Sistema Nacional de Salud***

La salud es un derecho fundamental de las personas y una condición esencial del desarrollo de los pueblos; Que de conformidad con el artículo 42 de la Constitución Política de la República, el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; Que el artículo 45 de la Constitución Política de la República, dispone que el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa; Que el artículo 55 de la Constitución Política de la República, señala que la seguridad social es un deber del Estado y un derecho irrenunciable de sus habitantes; y el artículo 56 establece el Sistema de Seguridad Social, el mismo que incluye la atención a la salud de sus afiliados; Que en el país se ha iniciado un proceso de descentralización y desconcentración tendiente a lograr una mejora fundamental en los servicios públicos, con la participación de los organismos seccionales, proceso en el que es necesario contar con un marco legal que preserve la integridad de la atención de salud; Que el artículo 46 de la Carta Política, prevé que el financiamiento de las entidades públicas

del Sistema Nacional de Salud, provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley

El marco legal del sector salud está conformado por varias leyes y reglamentos que sistematizan el funcionamiento de la provisión de servicios a nivel nacional. Entre los principales se destacan, la Ley Orgánica de Salud (2006), la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002), el Reglamento General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2003). Adicionalmente, existen otras leyes sectoriales que guardan relación con el funcionamiento del SNS. Estas leyes tratan temas de medicamentos, maternidad gratuita, asociaciones médicas, práctica médica, entre otras. Se presenta el listado de las leyes más relevantes para este análisis.

#### Leyes en vigencia del sector de Salud Pública:

- Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano (2005)
- Funcionamiento de Droguerías (1981)
- Ley de Prevención Parasitaria y Desparasitación Intestinal Infantil (1986)
- Ley de Prevención, Protección y Atención de la Diabetes (2004)
- Ley de ejercicio profesional de médicos anestesiólogos (2002)
- Ley de ejercicio profesional de tecnólogos médicos (1995)
- Ley de escalafón de médicos (1992)
- Ley de defensa profesional de médicos (1961)
- Ley de defensa profesional de odontólogos y mecánicos dentales (1961)
- Ley de Creación del Instituto Nacional de Higiene (1941)
- Ley de la Federación Médica Ecuatoriana (1979)
- Ley de la Federación Odontológica Ecuatoriana (1973)
- Ley de Federación de Obstetrices del Ecuador (1966)
- Ley de Maternidad Gratuita (2006)
- Ley Orgánica para la regulación y control del tabaco (2011)

La Ley de Defensa al Consumidor (2000) constituye el marco jurídico para promover el derecho a la protección de la vida, salud y seguridad en el consumo de bienes y servicios, así como a la satisfacción de las necesidades fundamentales y el acceso a los

servicios básicos. Además, promueve el derecho ciudadano a recibir servicios básicos de óptima calidad. De esta manera, constituye el marco legal mínimo de protección frente a servicios de salud.

En el año 2002 se promulgó la LOSNS, cuyo objetivo es establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del SNS en todo el territorio nacional. Este órgano legal establece la competencia del MSP en todos sus niveles como autoridad sanitaria nacional, la coordinación del relacionamiento entre las demás funciones y los integrantes del sistema, apoyado por los Consejos de Salud. En el 2006 se expidió la Ley Orgánica de Salud (LOS), que sustituyó al Código de la Salud.

La LOS define a la salud como un derecho humano fundamental, por lo tanto determina la responsabilidad del Estado en su promoción y protección; y considera los problemas de salud asociados a la realidad social, cultural, étnica, generacional y de género, económica y ambiental actual. Abarca las enfermedades emergentes, crónico degenerativas, transmisibles y no transmisibles; los problemas sociales asociados a los accidentes y las violencias; las medicinas tradicionales y alternativas. Regula la incorporación de los avances técnicos y científicos, adecuándolos a las necesidades actuales y busca garantizar la calidad de los productos, acciones, bienes y servicios en salud. Busca fortalecer la coordinación intersectorial, así como conferir bases normativas sólidas al rol rector del Estado en la salud, facilitando la participación de la sociedad, entendiendo que la salud es un compromiso de todos. Norma y regula los servicios de salud y el ejercicio de las profesiones de salud.

En relación a los medicamentos, la LOS establece que el MSP formula políticas y desarrolla estrategias y programas “para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos”. Con respecto al recurso humano, establece que el MSP regula y ejecuta los procesos de licenciamiento y certificación y establece “las normas para la acreditación de los servicios de salud”; además determina “las profesiones, niveles técnicos superiores y auxiliares de salud que deben registrarse para su ejercicio”. También establece la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública de “participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos”.



Por otra parte, destina capítulos específicos para los Servicios y Profesiones de Salud así como para los servicios de salud y las medicinas tradicionales y alternativas. Establece toda la normativa para regular, licenciar, vigilar, aprobar y controlar el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada otorgando su permiso de funcionamiento. Establece la atención de manera oportuna, eficiente y de calidad, las tarifas de los servicios de salud y las de los planes y programas de las empresas de servicios de salud y medicina prepaga, la obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia y el respeto y promoción de las medicinas alternativas en el marco de la atención integral de salud.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública (2008), por su parte, es relevante ya que articula a todas instituciones públicas en los ámbitos de planificación, programación, presupuesto, control, administración y ejecución de las adquisiciones de bienes y servicios; y en la ejecución de obras públicas que se realicen con recursos públicos.

192

---

Aunque existan regulaciones en vigencia que delinear el funcionamiento del SNS, uno de los principales desafíos de la actualidad corresponde a la consolidación de un nuevo Código Orgánico de Salud que concilie los diferentes aspectos particulares del sector y fortalezca la rectoría de la autoridad sanitaria.

Por otro lado, se requiere avanzar con la instauración de mecanismos de implementación sobre los lineamientos de política pública ya existentes.

En cuanto al marco normativo específico del sector, tanto la Ley Orgánica de Salud, como la Ley Orgánica del Sistema de Salud adoptan principios relacionados a la promoción de salud equitativa. De hecho, uno de los objetivos del SNS se enmarca en la garantía al acceso equitativo y universal a servicios de atención integral (LOSNS, 2002).

El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador se desarrolla en el marco de algunos instrumentos legales y de política pública, entre los principales: la Constitución del Ecuador, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Ley Orgánica de Salud, y la Ley Orgánica

del Sistema Nacional de Salud. Éstos definen los lineamientos particulares de organización, gestión y planificación sectorial. La distinta temporalidad en la que estos instrumentos se desarrollaron es uno de los retos de política pública sectorial a estabilizar en la actualidad. Específicamente, se sugiere la necesidad de actualizar la normativa sectorial de salud para que coexista análogamente con la transformación constitucional del 2008. Así, la elaboración de un Nuevo Código Orgánico de salud que corresponda a las variaciones en el perfil epidemiológico de la población, el contexto actual, los desafíos del sector salud y marco constitucional actual, es imperativo.

- Frente a la necesidad de particularizar la observación a la práctica médica, surge la necesidad de afinar los lineamientos establecidos en el Código Penal. Así, en los próximos meses será una prioridad colocar en la agenda nacional y en la de la comisión del Derecho a la Salud de la Asamblea Nacional, la definición de un instrumento legal que aproxime mejores mecanismos para regular casos de deficiencias en la práctica médica.

- Existen un sinnúmero de leyes y reglamentos particulares al sector de salud pública que forman parte del marco legal para regularizar la provisión de servicios de salud. Sin embargo, en la práctica el conocimiento de estos instrumentos por parte de los ejecutores de políticas públicas de salud, y ciudadanía en general es limitado y casi inexistente. De esta manera, la socialización efectiva de este tipo de documentos legales podría potencialmente inducir a un mejor entendimiento de la población sobre los insumos existentes para un efectivo cumplimiento del derecho a la salud.

La ASN está facultada para conocer, tramitar, sancionar, juzgar a toda persona u organismo que infrinja la LOS; actuando con verticalidad, honestidad y proporcionalidad para su correcta aplicación. Existen niveles de intervención de acuerdo a la gravedad de la infracción sanitaria, desde el Comisario de Salud, pasando por los Directores Provinciales de Salud hasta llegar al Director General de Salud, según lo determina el mismo ordenamiento legal.

En el marco normativo general de aplicación pública también existen instrumentos que hacen referencia a temas transversales vinculados a la salud pública. Uno de los más importantes es el Código Integral Penal, el cual posee un apartado sobre las prácticas

delictivas contra la salud pública y, además, debido a la necesidad de contar con mecanismos particulares para regular la ejecución de la práctica médica a nivel nacional, sobre el Derecho de la Salud hace referencia a medidas frente a la práctica médica (CIP, 2014).

Actualmente, se están dando pasos preliminares para la regulación del ejercicio liberal de las profesiones médicas y de un Sistema de Carrera Sanitaria.

### ***6.2.3 Implementación: Avances y Bloqueos***

Entonces, la implementación de las reformas del SNS a partir del año 2008 parece estar ofreciendo ciertos datos que validan la efectiva producción de cambios a nivel sectorial. Sin embargo, no parece quedar tan claro el alcance de los mismos. En el planteo inicial de este trabajo se podía observar cómo la literatura especializada ha ido mostrando que los países con regímenes de bienestar de corte corporativo o conservador son aquellos que han manifestado mayores dificultades a la hora de reformarse, y por lo tanto de cambiar sus patrones constitutivos. Esto ha determinado que dichos países hayan tendido a promover reformas que presentaron cambios de primer y segundo orden en términos de Peter Hall (1990). En este mismo sentido, Paul Pierson consideró que los procesos de reestructura evidenciados por estos sistemas en la época de la “austeridad permanente” se orientaban fundamentalmente hacia la recalibración de sus políticas, ya sea por media de su racionalización o de su actualización (Pierson, 2006).

Si se asume como válida la cercanía en términos teóricos entre la matriz de bienestar ecuatoriana y la definida como corporativa, pero en particular con el subtipo mediterráneo al tiempo que se acuerda con que la descripción realizada de la evolución del sistema sanitario ecuatoriano ofrece diversas muestras de la dificultad para promover cualquier reforma de envergadura; entonces a priori cabría esperar que el tipo de cambio producido por la reforma de la salud se encuentre alineada con estos conceptos de cambio de segundo orden o recalibración. Continuando con este razonamiento, sería poco dable que el gobierno de la Revolución Ciudadana estuviera desarrollando un cambio de paradigma dentro del sistema de salud, y esto obliga también a no observar al caso estudiado como un ejemplo de cambio institucional

radical, sino por el contrario, como un proceso de cambio institucional gradual o ajuste del sistema ya existente.

La propia complejidad de la reforma proyectada dificulta su análisis en términos sistémicos o de unidad, entre otras cosas porque de esa forma se tornarían invisibles o poco claras una serie de acciones, tensiones y conflictos de poder muy importantes.

Por el contrario, resulta mucho más enriquecedor desagregar al nuevo esquema en sus principales dimensiones o ejes de acción. Así, en el caso de las reformas al SNS, los objetivos de cambio se concentraron en diferentes niveles, señalando la existencia o no de cambios en las relaciones de poder entre los actores involucrados, en comparación con la etapa anterior a la reforma.

El proceso de Transformación Sectorial de Salud en Ecuador, al igual que los procesos de reforma de salud emprendidos en otros países, requiere de un compromiso político, técnico, administrativo y financiero. Por otro lado, siendo un proceso dinámico, la Transformación Sectorial de Salud en Ecuador demanda de un tiempo adecuado que permita su implementación. Las experiencias de reforma en países como Chile, Brasil y Uruguay confirman este hecho, lo que les ha obligado a un manejo cuidadoso de los tiempos. La propuesta original contempla un periodo de 6 años para sentar las bases que conlleven a la integración del Sistema Nacional de Salud del país, proceso que deberá continuar más allá de este lapso.

La articulación con la Seguridad Social es uno de los principales desafíos que tiene la Transformación Sectorial de Salud en Ecuador. La autonomía del IESS, ISSFA y ISSPOL, sus historias de trabajo independiente y el mantenimiento de las prestaciones de las contingencias de enfermedad y maternidad en dichas instituciones (Constitución 2008, Art.369 y 370) dificultan una mayor integración del SNS. En todo caso, el Art. 369 establece que “las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud”, lo que permite el involucramiento del IESS, ISSFA y ISSPOL en la red. El establecimiento de equipos de trabajo interinstitucionales para definir el tarifario común y un esquema de facturación conjunto, el establecimiento de un conjunto de prestaciones MSP-IESS-ISSFA-ISSPOL, la planificación de un plan piloto de atención de segundo nivel para usuarios

del MSP en tres hospitales del IESS (Ibarra, Latacunga y Ambato) y en los hospitales del ISSFA y ISSPOL (Quito), son algunas de las acciones que se vienen realizando de manera coordinada entre el MSP y el IESS, ISSFA y ISSPOL, y que facilitaran la conformación de la red pública integral de salud. Sin embargo, se requiere del compromiso efectivo y sostenido de las autoridades del IESS, ISSFA y ISSPOL, y de sus técnicos.

El Consejo Nacional de Salud – CONASA, ha sido una institución que en los últimos años ha trabajado sostenidamente en la búsqueda de consensos entre los actores de salud del país. Sus comisiones han trabajado en temas que favorecen la integración del sistema, como son la elaboración de la historia clínica única, conjunto de prestaciones de salud, protocolos, lista de medicamentos esenciales, entre otros. El CONASA y sus representantes han formado parte del equipo de Transformación Sectorial de Salud en Ecuador desde un inicio y su participación ha permitido la sensibilización y consenso en cuanto al alcance de la propuesta.

La función de control y monitoreo no tiene antecedentes en el SNS. La creación de una agencia de control y monitoreo es una necesidad percibida por los actores de la red pública y complementaria. Una opción que se discute al momento es que esta agencia dependa de la autoridad sanitaria nacional, posibilidad que deba ser analizada en función del impacto que se espera en el SNS.

Por último, un reto importante es lograr la participación social en el proceso de transformación del sector e incorporar otros actores de la sociedad civil en la construcción del sistema nacional de salud. La nueva Constitución incluye varios artículos para fortalecer dicha participación y contempla la creación del Consejo de Participación ciudadana y Control Social, marco legal que debe servir para fortalecer la participación en salud de la sociedad civil.

#### ***6.2.4. Acceso y Cobertura***

El Sistema de Salud ecuatoriano es un sistema mixto segmentado y fragmentado que todavía registra gastos privados elevados (gastos de bolsillo), lo que muestra un comportamiento regresivo, siendo mayores en la población de menores recursos.

Cada uno de los subsistemas, que no son coordinados, cuenta con población derechohabiente propia y con acceso a servicios diferenciados. De manera general, el sector público atiende a los sectores pobres y de medianos ingresos, mientras que la población de mayor ingreso se atiende en el sector privado. La cobertura poblacional se duplica en múltiples circunstancias sin evitar a la vez que existan carencias, lo que no favorece el uso eficiente de los recursos, en particular los relacionados con el financiamiento y los relativos a infraestructura física y equipamiento.

Los distintos subsistemas públicos o privados manejan arreglos de financiamiento, de gestión de servicios, afiliación y provisión propios y todavía existe poca separación de funciones en las instituciones del sector.

En 2010, la población con cobertura específica de algún tipo de seguro salud era de 30%, con 17,6% de cobertura por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), 6,5% del Seguro Social Campesino (SSC), 1,6% del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), 1,8% del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y 8,2% de la población cubierta por el sector privado prepago.

El Ministerio de Salud Pública, que en teoría ofrece cobertura a toda la población ecuatoriana, es en realidad el principal proveedor de servicios, tanto preventivos como curativos a la población abierta (60% que no tiene derecho en otros subsectores), sin excluir los frecuentes subsidios cruzados “de hecho” a los otros subsectores en caso de enfermedades costosas o en los casos en los cuales la distribución geográfica o por niveles de los aseguradores no responde de manera oportuna a la demanda de los afiliados.

En el MSP, la condición de acceso al derecho está dada por la calidad de ciudadano, aunque puede beneficiar también a extranjeros residentes y no se niega tampoco la atención a extranjeros en provincia fronterizas.

En el subsistema de seguro público, que atiende a la clase media y media alta, la condición de acceso es la afiliación, que es obligatoria para los trabajadores formales y que está condicionada a los aportes realizados mediante contribuciones, tanto del trabajador como del empleador. Los servicios prestados varían entre las distintas entidades aseguradoras públicas.

El Seguro Social Campesino afilia a los trabajadores del área rural y la cobertura que se otorga es de carácter familiar. En el caso del ISSFA e ISSPOL, el régimen de afiliación también es familiar, sin embargo, los beneficios son distintos para dependientes y se puede exigir copagos diferenciados en función de las prestaciones y del grado de dependencia con el afiliado (hijos/padres del afiliado).

El IESS pasó de un sistema de afiliación personal, es decir con cobertura exclusiva del afiliado, a un sistema opcional de cobertura de los dependientes, limitado a cónyuge y menores de edad (mayor de 6 años y menores de 18 años), ampliando así su cobertura hacia casi un 28% de la población, pues se esperan para fin del año 2014 casi 6 millones de afiliados (IESS, 2014). A nivel de la repartición por ciclos de vida de los asegurados, según una encuesta reciente, en 2009 el 1% de los afiliados cumplían algunos criterios para jubilarse, el 13% eran pensionistas y, al separar la población asegurada por grupos etarios en intervalos de 5 años, empezando desde la edad de 15 años, el grupo más numeroso correspondía a los afiliados entre 25 y 29 años.

Cabe mencionar que el perfil de riesgo de los grupos de afiliados al Sistema de Seguridad Social (IESS, ISSFA, ISSPOL) es de bajo riesgo, siendo una población con empleo formal, ingresos estables y derechohabientes, en su mayoría en grupos etarios con perfil epidemiológico de menor riesgo.

Se considera que la afiliación al subsistema de seguridad social del sector público ofrece la mayor cobertura en servicios de salud con asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacéutica integral. Las prestaciones incluyen consulta externa, urgencias, medicina curativa y preventiva individual, rehabilitación, prótesis, hospitalización, atención domiciliaria, así como compensación de gastos de atención médica mediante convenios suscritos con clínicas privadas.

En el sistema del MSP, la cobertura ofrecida abarca todos los tipos de servicios y patologías. Sin embargo, existe gran variabilidad en la efectivización de este derecho. Respetando los mandatos legales, la atención es integral y es cierto que hubo mejoramientos sensibles en el acceso a métodos de diagnóstico, sin embargo, tanto para medicamentos como para insumos o dispositivos, el sistema no garantiza un

abastecimiento constante, lo que obliga al paciente a gastar de su bolsillo para recibir servicios complementarios en el sector privado.

No obstante, se han desarrollado mecanismos para aumentar el acceso a servicios y más que todo a la protección financiera para ciertas condiciones, como es el caso de las enfermedades catastróficas o lo relativo a atenciones en el marco de la ley de maternidad gratuita, que gozan de un sistema de financiamiento específico.

Para las enfermedades catastróficas, la Red de Protección Social del Ministerio de Inclusión Económica y Social maneja el programa PPS que apoya financieramente a personas y hogares ecuatorianos en caso de enfermedad catastrófica, es decir, los problemas de salud que cumplen con las siguientes características:

- a) Que impliquen un riesgo alto para la vida de la persona
- b) Que sea una enfermedad crónica y, por tanto, su atención no sea de emergencia
- c) Que su tratamiento pueda ser programado
- d) Que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta familiar vital publicada mensualmente por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

En el Ecuador, existen en 2011 aproximadamente 150.000 personas que padecen enfermedades consideradas como catastróficas agudas y crónicas. Los pacientes ingresan en este programa a través de los Hospitales que forman parte de Referencia de la RED-PPS.

En el caso del programa relacionado a la Ley de Maternidad Gratuita, se puede considerar que se está organizando una forma de acceso universal transversal para estos grupos etarios con garantías efectivas y exigibles de derechos. Desde 1994 de acuerdo con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) existe el principio del derecho: “[...] a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.” (Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 20064).



A partir de este derecho se estableció la gratuidad obligatoria únicamente para el caso de los establecimientos dependientes del MSP, aplicada desde el año 2000. Esta experiencia ha logrado ofrecer una cobertura universal real a los grupos de mujeres durante el embarazo, parto y postparto, así como a los niños menores de 5 años de todo el país con atenciones específicas a este ciclo de vida. La experiencia dio paso a reformas específicas en el modelo de gestión de los servicios que lograron incrementar la efectividad, cobertura, eficiencia y calidad de los servicios materno-infantiles. Siendo, en todos casos, el derecho a la atención gratuita un derecho general para todos los ciclos de vida, este es un marco legal que se encuentra superado. Sin embargo, es válida la experiencia de la implementación de esta ley, así como los procesos organizacionales que se lograron implementar al momento de prever el diseño de nuevas normas sobre atención gratuita. Como elementos relevantes de esta experiencia se destaca lo siguiente:

- La importancia de la Ley a finales de la década del 90 fue el impulso del rol del Estado en la protección de la salud para los grupos más vulnerables, como las mujeres, niñas y niños del país.
- Su contribución también ha sido enfatizar la respuesta de los servicios de salud a las necesidades de la población desde una perspectiva de derechos a la salud y a una calidad de vida digna, disminuyendo la barrera económica para el acceso a la atención y convirtiéndose en una estrategia de ampliación de coberturas.

En la actualidad, el modelo de la LMGYAI se ha convertido en un instrumento importante para el mejoramiento de la cobertura y la calidad de los servicios, gracias a que incorpora algunos mecanismos para su aseguramiento a fin de que la eliminación de la barrera económica sea real. Entre ellos podemos mencionar la publicación de protocolos de atención, la cuantificación de costos, el reembolso por producción realizada, la metodología para el mejoramiento de la calidad de los servicios, los instrumentos de medición de la calidad y cumplimiento de metas, los convenios de gestión, la metodología para la cogestión con los municipios y la organización de los comités de usuarias para la satisfacción de la calidad de los servicios (MSP, 2010).

El programa cuenta con un nivel técnico encargado de desarrollar y proponer los mecanismos para el financiamiento, modelo de gestión, modelo de atención, servicios de salud cubiertos, rol de los gobiernos locales y rol de las organizaciones de usuarias, entre otros aspectos.

Para lograr sus propósitos, la LMGYAI introdujo algunas reformas específicas en el modelo de gestión, orientadas a incrementar la efectividad, coberturas, eficiencia y calidad de los servicios materno-infantiles y garantizar una atención integral de salud sexual y reproductiva. Entre estas reformas se incluyen:

- El aseguramiento de un financiamiento estable a un paquete básico de servicios, no sujeto a los vaivenes de la aprobación política del presupuesto del Estado.
- El pago a través de reembolso por servicios efectivamente producidos por las Unidades.
- La creación de la Unidad Ejecutora y los Comités Locales de Gestión de Salud como mecanismos para el pago de servicios, independientes de la función de prestación.
- La diversificación de los proveedores de servicios, incluyendo además del MSP a las instituciones sin fines de lucro y a los proveedores de medicina tradicional, entre ellos a las parteras.
- La integración de la gestión local de salud a los gobiernos locales municipales y las organizaciones comunitarias.
- La creación de un rol activo de veeduría y apoyo a la calidad de la atención por parte de los Comités de Usuarias.
- La inclusión del objetivo explícito y los mecanismos operativos para la Mejora Continua de la Calidad de la atención.

A nivel operativo, uno de los aspectos más importantes fue la identificación de las prestaciones que deberían ser cubiertas financieramente a través de los mecanismos de la Ley, así como el diseño de los mecanismos de reembolso por servicios efectivamente producidos por las Unidades.

### 6.3 - Los Actores del Sector Salud

El mapeo de actores clave del SNS se realizó a través del Consejo Nacional de Salud – CONASA, en estrecha coordinación con el MSP.

Este análisis permitió comprender los componentes políticos, económicos, sociales, culturales e históricos que giran en torno al proceso de transformación sectorial, a través de las percepciones y conocimientos de los actores claves. Una vez analizado la factibilidad de la implementación de las políticas se determinaron estrategias de intervención para fortalecer los actores que apoyan la intervención, o a su vez, disminuir el grado de oposición de ciertos protagonistas (CONASA, 2008).

Se identificaron los participantes-institucionales del CONASA a nivel nacional por su rol, poder o relación con el Sistema Nacional de Salud y con el proceso de Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador.

**Tabla 5.- Tipo de Actores**

Tipo de actores	Actores
Agrupaciones Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organización Sindical Única de Trabajadores del Ministerio de Salud (OSUMTRANSA).</li> <li>- Comité de Usuarios de Maternidad Gratuita y atención a la infancia (CUMG).</li> <li>- Asociación de Afiliados al seguro Social Campesino</li> <li>- Confederación Nacional de Jubilados y Montepío del Ecuador</li> <li>- Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional.</li> <li>- Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Consejos Municipales y Juntas Parroquiales.</li> <li>- Organizaciones que trabajan en salud ambiental.</li> <li>- Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.</li> <li>- Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.</li> </ul>

Organizaciones del sector privado y complementario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SOLCA Quito,</li> <li>- Junta de Beneficencia</li> <li>- Cruz Roja Ecuatoriana</li> <li>- Foro de ONG's del sector salud de pichincha</li> <li>- Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador (ACHPE)</li> </ul>
Sector Público	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MCDS</li> <li>- MSP</li> <li>- IESS-SSC</li> <li>- ISSFA</li> <li>- ISSPOL</li> </ul>
Sector Privado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.</li> <li>- Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG's), servicios pastorales y fiscomisionales</li> </ul>
Sector Académico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universidad Central del Ecuador</li> <li>- Universidad Estatal de Guayaquil</li> <li>- Universidad San Francisco de Quito</li> <li>- Pontificia Universidad Católica del Ecuador</li> <li>- Universidad Andina Simón Bolívar</li> </ul>

Fuente: CONASA, 2014

Los Integrantes del Sistema Nacional de Salud de acuerdo al Artículo 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, los Integrantes del Sistema Nacional de Salud son las entidades que actúan en el sector de la salud los que analizaron los siguientes ejes transversales de la salud:

- Reforma estructural de la salud en el país
- Propuesta de Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador
- La salud en la Nueva Constitución del 2008

Bajo estos tres lineamientos se revisaron los conocimientos, las percepciones, la posición, el poder, los nexos y alianzas de los actores del sector de la salud analizando:

#### a. Conocimientos y percepciones

Varios de los actores se sienten totalmente identificados con la Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador, como son las agrupaciones sociales que consideran una lucha social lograda. Por otro lado, algunos se encuentran escépticos de que realmente se pueda cumplir con lo ofrecido, y otros desconocen elementos del proceso porque no se sienten parte de él. Entre los desacuerdos, no todos los actores se han sentido parte del proceso de transformación de la salud, entre estos los proveedores de medicamentos, que se sienten excluidos de las ganancias desmesuradas de otros tiempos y sistemas de salud anteriores.

Existe un apoyo generalizado por los principios de inclusión y equidad, aunque se los ve muy lejanos de alcanzar. Además, se detectó en el mapa de factibilidad que el tema de la integración y/o articulación funcional de las instituciones de salud tiene ciertos inconvenientes de fondo, ya que se teme por integración la pérdida de autonomía y la absorción de las instituciones por parte del Ministerio de Salud Pública, se apoyó la idea de un trabajo coordinado a través de redes, es decir, existió una mayor aceptación hacia la articulación.

Hay un apoyo para que las medicinas tradicionales y las alternativas formen parte del Sistema Nacional de Salud, sin embargo, persiste una cosmovisión generalizada de mirarlas como inferiores a la medicina occidental. Otro elemento importante es al apoyo para un Plan Estratégico de Salud a nivel nacional y localmente un plan integral de salud, con la debida coordinación para que lo nacional corresponda con lo local y viceversa.

#### b. Rectoría

Si bien todos están de acuerdo en que la Rectoría la debe asumir la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública), existe preocupación por parte del IEES de la capacidad del MSP para asumir y fortalecerse en ese rol. Existe un temor generalizado de que no se dé una continuidad en los procesos, las crisis políticas, la corrupción, etc., que no permitan que el Ministerio asuma su rol rector.

Por otro lado, los actores consideran importante fortalecer al Consejo Nacional de Salud – CONASA y los consejos provinciales y cantonales como espacios de concertación y apoyo al MSP. Todos creen que es importante la Red de servicios como parte del Sistema Nacional de Salud, aunque con algunas discrepancias entre lo público y privado.

Otro elemento que coincide es el licenciamiento y acreditación como parte de las funciones del ente rector, MSP.

#### c. Participación y Control Social

La participación ciudadana para la toma de decisiones tiene el apoyo de todos los actores claves, con sus preocupaciones acerca del tema de veedurías y como estas han sido mal utilizadas en diferentes sectores, y por ende han sido desprestigiadas en su accionar.

Se analizó la experiencia de la Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia y en términos generales, los actores están de acuerdo que ha sido una experiencia positiva que logro motivar el control social. Sin embargo, los más críticos, esperan ver resultados reales.

---

205

#### d. Financiamiento

Se evidenciaron las preocupaciones con respecto a que la salud depende del crecimiento del PIB, cuando deberían ser las necesidades de la salud de la población las que condicionen el presupuesto del sector. Esto conlleva a otro inconveniente sobre el principio de la gratuidad, que si bien es aceptado por todos los actores, perciben dificultades a la hora de ponerlo en práctica.

Se identificaron grupos de actores con poder como son: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Seguro Social Campesino y la Confederación Nacional de Jubilados y Montepío del Ecuador, que se encuentran en la oposición. Si estos actores no tuvieran la incidencia política y social, se podría concluir que la propuesta de transformación sectorial contaría con el apoyo de todos. Sin embargo, dentro del mapeo

político estas instituciones se oponen a ciertos aspectos de la Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador, lo que puede afectar al proceso por su capacidad de movilizar a grupos sociales y a la red de influencias políticas y socioeconómicas establecidas. Por ende es necesario establecer estrategias para un trabajo coordinado entre todos los actores.

Hay que considerar que los actores sociales tienen un comportamiento dinámico y sus posturas no serán estáticas; esta movilidad puede o no ser constante y dependerá de sus intereses e ideologías grupales y los sucesos coyunturales a la hora de tomar decisiones.

Los actores con los que debía lidiar el Gobierno de la Revolución Ciudadana a la hora de implementar sus iniciativas de reforma pueden ser nucleados en cuatro grandes categorías: los usuarios, los trabajadores, las organizaciones médicas gremiales y los prestadores privados.

Finalmente, en cuanto a los usuarios de los servicios asistenciales, a pesar de conformar el colectivo más amplio en este entramado, lo cierto es que hasta ese momento, los mismos no habían logrado convertirse en un actor relevante y de peso en las diferentes instancias de negociación y decisión. Esto se debe fundamentalmente a la poca capacidad de organización del colectivo, y que en líneas generales habían orientado sus acciones hacia las denuncias de mala praxis y aspectos similares relacionados con la atención en los diferentes centros. Este será sin lugar a dudas uno de los principales focos de las innovaciones en materia de dirección del sistema que incorporará la reforma.

Realizada esta presentación de los principales actores involucrados, "...se puede ver que el escenario es complejo y las lógicas que recorren el accionar de los actores colectivos son múltiples y en algunos casos, contrapuestas. Sin dudarlo, se puede afirmar que el actor paradigmático en ese sentido es el colectivo de los médicos. Su inserción en todos los niveles del sistema, con distintas responsabilidades, hace que sus intereses recorran transversalmente partidos políticos, instituciones prestadoras, gremios, empresas proveedoras de tecnología, etc." (Rodríguez Cabrero, 2002)

#### *6.4. El Sector Salud en Ecuador antes de las Reformas del SNS*

De forma similar a otros sectores del área social, el panorama específico de la salud en el país era de fuerte crisis sectorial, tanto en el subsector público como privado. Dicha crisis era aceptada tanto por el conjunto del espectro político como por los actores sectoriales no partidarios como los sindicatos médicos y los trabajadores no médicos.

Sin embargo, esta confluencia no había logrado traducirse en un abordaje conjunto y consensuado a estos problemas, a pesar incluso de que muchas de las propuestas lanzadas por cada uno de estos actores prácticamente no diferían sustantivamente entre sí.

De acuerdo a un informe del MSP al inicio del gobierno de la Revolución Ciudadana, los principales problemas del sistema de salud podrían resumirse en:

- Estancamiento y pérdida de dinamismo en la evolución de los indicadores de salud de la población, junto a una nueva estructura epidemiológica de riesgos.
  - Predominio de un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y asistencialista.
  - Situación del multiempleo del personal de la salud, que conspira contra la calidad de la atención.
  - Crisis sostenida del sistema, en los aspectos asistenciales y de financiamiento.
  - Dificultad para acceder y utilizar la cobertura de atención formal, que redundaba en una atención episódica y despersonalizada.
  - Deficiente organización del sistema de financiamiento y una distribución inequitativa de los recursos de salud disponibles.
  - Crisis de confianza de los usuarios en el sistema y en los equipos de salud.
  - Débil desarrollo del rol Rector del Ministerio de Salud sobre el sistema de salud.
- (MSP, 2009)

El Ecuador es un Estado constitucional, se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. En el 2006, la población total del país era de 13.408.270



habitantes con una estructura demográfica de población predominantemente joven, con más del 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25.97%. El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población indígena, afro-ecuatoriana, mulata, mestiza y blanca.

Se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónicas-degenerativas. Los problemas de salud pública más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones.

La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y alto grado de conflictividad social, entre 1992 y 2006 se han sucedido ocho Gobiernos, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad, violencia social e incremento de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad de la gestión pública. Estos problemas han afectado la dinámica del sector salud y sus reformas.

El sistema de provisión de los servicios de salud se caracterizaba por la fragmentación y segmentación, ya que no existía coordinación entre actores ni separación con funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos contaba con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantenía un esquema de organización de la gestión y del financiamiento propio. El sub sector público conformado por los servicios del MSP, el IESS-SSC, ISSFA e ISSPOL y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cancer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

El presupuesto del sector de la salud paso de USD 115.5 millones en el 2000 a USD 561.7 millones en el 2006. Durante los mismos años, el presupuesto como porcentaje del Presupuesto General del Estado (PGE) y del PIB, aumento del 2.7% al 6.6% del PGE y del 0.7% al 1.4% del PIB. La población cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado alcanzo apenas un 23% en el año 2004. Si se analiza por quintiles, el más pobre (Q1) es el más desprotegido ya que solo el 12% tenía un seguro de salud.

Este porcentaje era superior en los mayores niveles de ingreso hasta llegar a 36% en el Q5.

En el año 2006, había 55.578 personas trabajando en establecimientos de salud, en su mayoría médicos (19.299), auxiliares de enfermería (13.923) y enfermeras (7.499). la tasa de médicos por 100.000 habitantes en el 2006 era de 14.4; la de enfermeras de 5.6 y la de auxiliares de enfermería de 10.4. Las clínicas y los hospitales generales agrupaban el mayor porcentaje de médicos con un 63%. En cambio, los servicios de atención ambulatoria y del primer nivel de atención solo disponían del 24.9% del total de médicos que trabajaban en los establecimientos de salud.

No ha existido en el país un proceso real de Reforma del Sector Salud relacionado con cambios profundos y sostenidos en la estructura del sector. Durante el periodo 1995-2006, este proceso se caracterizó por la formulación y discusión de varias iniciativas con diversos enfoques sobre el aseguramiento, el marco legal y la aplicación parcial o focalizada de la desconcentración y descentralización de los servicios de salud; programas para la extensión de cobertura, nuevos modelos de atención de salud con enfoque familiar y comunitario con base en la atención primaria y el programa de Aseguramiento Universal (AUS).

La tasa de mortalidad materna en el año 2007 fue de 56,7 por 100.000 nacidos vivos. Entre las principales causas de mortalidad materna estaban: la hemorragia del parto, hipertensión gestacional inducida por el embarazo, eclampsia, complicaciones del embarazo, parto, postparto, anomalías de la dinámica del trabajo de parto, sepsis puerperal, embarazo ectópico y aborto no especificado. Estas causas son evitables y se relacionan, en gran medida, con la atención y acceso oportuno a los servicios de salud.

De igual manera, las tasas de mortalidad infantil y neonatal. La mortalidad de menores de 1 año llegó a 12,7 por 1.000 nacidos vivos en el año 2007.

Las principales causas de mortalidad infantil eran: los trastornos relacionados con duración corta de la gestación, bajo peso al nacer, neumonía, sepsis bacteriana del recién nacido, dificultad respiratoria, neumonía congénita, otras malformaciones congénitas del corazón, síndrome de aspiración neonatal, hipoxia intrauterina, otras malformaciones congénitas no especificadas, diarrea y gastroenteritis de presunto origen

infeccioso. En cuanto a las principales causas de muerte neonatal estaban, en orden de importancia, las complicaciones relacionadas a partos prematuros, sepsis y neumonía, asfixia al nacer y tétanos neonatal.

La mortalidad general en el año 2007 llegó a 4,3 por 1.000 habitantes y al analizar las principales causas de mortalidad y morbilidad se evidencia que el país estaba viviendo un proceso de “transición epidemiológica” en el que persistían los problemas vinculados a carencias básicas con un incremento de problemas crónico-degenerativos y violencia.

En el año 2007, las enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus y la enfermedad hipertensiva, constaban entre las primeras causas de muerte, al igual que los accidentes de tránsito y los homicidios. La influenza y neumonía ocupaba el quinto lugar. Las enfermedades cardio-vasculares, la insuficiencia cardíaca, la cirrosis y la neoplasia maligna de estómago estaban entre las diez principales causas de muerte. Entre las principales causas de egreso hospitalario estaban la diarrea y la gastroenteritis infecciosa, la neumonía, la colelitiasis, el aborto no especificado, la apendicitis aguda, la hernia inguinal, el falso trabajo de parto y el traumatismo intracraneal.

Los problemas nutricionales al ser un problema de salud pública en el país. Tanto la desnutrición como el sobrepeso, en el Ecuador estaba en aumento, teniendo una clara relación con las condiciones de vida, el acceso a alimentos y patrones de consumo. Según la Encuesta de Condiciones de Vida del 2007, la desnutrición crónica afecta fundamentalmente a niños y niñas indígenas y a la población que habita en zonas rurales, donde hay mayores índices de pobreza.

La mayoría de las causas de muerte y enfermedad son evitables, sin embargo, no se lograba avances significativos en el cierre de brechas e inequidades en relación a los grupos poblacionales que por su condición económica, pertenencia étnica y de género están en clara desventaja y expuestos a mayores riesgos.

De igual manera, determinados espacios territoriales estaban marginados de los beneficios del desarrollo y su población estaba expuesta a condiciones de deterioro, lo que se expresaba en los indicadores de salud con tasas mucho más altas que la media nacional en relación a mortalidad materna e infantil, problemas nutricionales y carencias

de servicios básicos como alcantarillado, agua potable, de relación con las condiciones de salud.

En las mujeres, entre las primeras causas de egreso hospitalario constaban el aborto y problemas relacionados al embarazo, el parto y el postparto. La violencia de género e intrafamiliar era una de las expresiones más evidentes de inequidad de género. Al no existir una política social que se oriente hacia la reducción de brechas bajo el principio básico de equidad, con énfasis en acciones positivas en grupos de atención prioritaria (infancia, juventud, mujeres, grupos étnicos, sectores populares, entre otros) y en acciones que promuevan la equidad territorial para que se nivelen los territorios en cuanto a los indicadores de necesidades básicas insatisfechas.

El Ministerio de Salud Pública presentaba un gran desabastecimiento; los servicios de salud estaban saturados tanto a nivel de las unidades del MSP (aumento de la demanda) como aquellas del IESS, teniendo que enfrentar una ampliación significativa de la cobertura sin que todavía se realizaran los ajustes necesarios para la expansión de la capacidad de la oferta.

Esto llevaba a que sean los mismos pacientes atendidos en las Unidades del Ministerio de Salud Pública y sus familiares los que debían adquirir lo necesario para la atención de sus enfermedades. Si se suma a estos gastos aquellos que surgen de los costos indirectos relacionados a la consulta, transporte, alimentación de los acompañantes y otros, se puede ver que el costo de la atención representaba una barrera severa para la población pobre que utiliza las Unidades del Ministerio de Salud.

En el caso del IESS, la cobertura era pobre, debido a la deficiente política de aseguramiento de los trabajadores.

Al igual que la oferta de servicios del IESS era insuficiente, especialmente en todo el sector hospitalario, donde se observaba graves problemas de congestión. Tanto es así que el sector se declaró “en emergencia nacional”. Las unidades de segundo nivel (hospitales) presentaban problemas críticos, tanto en su capacidad de cobertura como de gestión.

Las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural, social y económico persistían y en cuanto a la percepción de la calidad de los servicios y el trato, quedaba mucho por hacer.

La escasez de personal incidió en una limitada capacidad resolutive y la pérdida de confianza de la población, lo que resultaba en una lógica y una visión de mantener servicios “pobres para los pobres”, que era funcional al crecimiento de los servicios privados.

Con relación a los grupos poblacionales, se identificaba a la población dispersa sobre todo en la región oriental y las áreas rurales como un grupo que tiene más dificultad de acceso a los servicios. El grupo de población indígena y de escasos recursos por razones culturales seguía siendo desatendido, al igual que la población de adultos mayores, que son ignorados.

En Ecuador, de las diez primeras causas de muerte, cinco correspondían a condiciones crónicas no transmisibles, diabetes, hipertensión arterial y de riesgo cardiovascular, conexas entre sí, y relacionadas con factores de riesgo comunes, como inactividad física, alimentación poco saludable, obesidad, tabaquismo y alcoholismo. En la mayoría de las universidades los contenidos de sus mallas curriculares respondían a un perfil epidemiológico de hace más de 20 años en el cual las enfermedades infectocontagiosas e inmunoprevenibles ocupaban los primeros lugares. La práctica era hospitalaria y eminentemente orientada al segundo y tercer nivel de atención. Los contenidos en las mallas curriculares no se articulaban con las prácticas de primer nivel, en el cual se podían resolver el 80% de las condiciones de salud. Los conocimientos impartidos en las universidades sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales son nulos o casi nulos; la formación era eminentemente bióloga, sin reconocimiento a otras formas alternativas de medicinas.

Así, el equipo de salud no estaba preparado para satisfacer las necesidades individuales, familiares y colectivas en prevención primaria, secundaria y terciaria, al igual que en promoción de la salud de las enfermedades prevalentes.

Finalmente podemos concluir que la inestabilidad política-administrativa vivida por el país en periodos anteriores ha impedido la realización de planes concretos y sostenidos

de implementación, debido a la predominancia de políticas coyunturales y contradictorias de cada nuevo gobierno, a la resistencia de las organizaciones sociales progresistas y a la falta de consenso entre los actores involucrados, donde destaca la inconformidad de los profesionales de la salud, acostumbrados a una serie de prebendas, como la carga horaria su remuneración económica y la exigencia en su actualización técnica y científica.

### *6.5 El Sector Salud en Ecuador después de las Reformas del SNS*

Durante varias décadas, el país se debatió entre la utopía de la eficiencia económica y el real deterioro de las condiciones sociales, económicas, políticas, de salud y calidad de vida de las/os ecuatorianas/os.

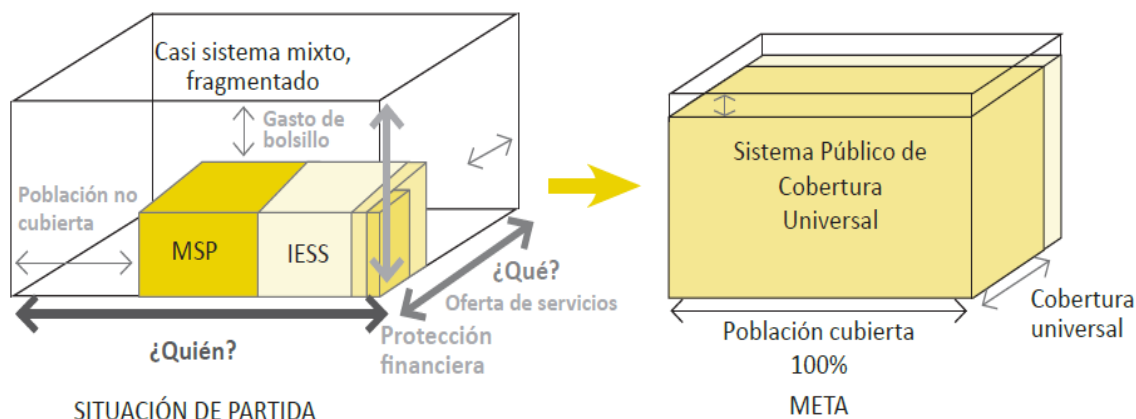
El nuevo marco legal y político del país ha logrado definitivamente romper con el antagonismo entre eficiencia económica e inversiones en el sector social, reafirmado el rol del Estado, la soberanía y autodeterminación en la formulación participativa de políticas públicas y programas incluyentes y movilizadores por la salud y la vida desde lo local, pero además garantiza de manera progresiva el acceso de toda la población a servicios de salud e infraestructura sanitaria, erradicando las inequidades, la exclusión y la discriminación. Se recupera la salud como un derecho humano que participa de la construcción del bienestar como un hecho colectivo.

Las políticas y programas implementados deben enfrentar problemas como la inequidad, desigualdad y exclusión de la salud. Para ello, el sector de la salud debe promover la universalización de la cobertura, eliminando todas las barreras de acceso.

En este sentido, esta nueva etapa de intervención en el sector de la salud contempla una profunda reforma estructural del sector, que obliga a enfrentar los problemas generados por la desarticulación y la fragmentación institucional del sistema de salud. Estas características constituyen problemas estructurales que marcan su funcionamiento, lo que ha dado lugar a duplicaciones de actividades con bajo impacto en la población, además de la falta de coordinación y desperdicio de recursos. El reto es claro: avanzar

hacia la cobertura universal, como se especifica en los Art. 362 y 363 de la Carta Magna.

**Gráfico 4.- El Reto de la Cobertura Universal en Salud, Ecuador**



Fuente: MSP, 2014

No obstante, en el Art. 369 de la Constitución de la República, que se enmarca en el capítulo relativo a la seguridad social, se establece que: “El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, [...] El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral [...]”, destacando también, en el art. 367, el principio de obligatoriedad.

Se priorizan la dos vías para la universalización de la cobertura, la vía del aseguramiento universal y la vía de la provisión directa de servicios en base a la ciudadanía, lo que genera confusión y ambigüedad en cuanto a la existencia de un doble sistema de derechohabencia y de todos modos, la potencial ausencia de cobertura mutuamente exclusiva entre el MSP y las entidades aseguradoras del sector público en salud (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional).

Bajo este contexto se desarrollaron estrategias para la universalización, sintetizadas a continuación.

Considerando las premisas de que el sector de la salud ha mantenido una severa fragmentación, así como una limitada rectoría y centralización, situaciones que han generado deficiencias en la rectoría, la articulación funcional (de las instituciones, proveedores y prácticas de salud), la coordinación, la regulación, la aplicación de las funciones esenciales de la salud pública y la garantía de acceso equitativo a los servicios de salud, la solución necesariamente pasa por la vía de la integración del sistema.

Para que sea posible promover servicios de salud sin segmentación y atender al usuario independientemente de su sistema de derechohabencia, es necesario considerar no solo los aspectos técnicos sino también la viabilidad política de cualquier cambio. Por esta razón, en el Ecuador se está trabajando en dos modalidades complementarias para la integración del Sistema Nacional de Salud:

- (a) La red pública integrada de segundo y tercer nivel, que corresponde a una integración funcional mediante intercambio de servicios entre actores que sigue siendo autónomos.
- (b) La propuesta de Sistema Único de Atención Básica de Salud, que corresponde a un sistema integrado para el primer nivel (hasta el nivel de los hospitales básicos en el arranque). Los arreglos de financiación contemplan un fondo Nacional de Salud para la Atención Básica.

215

---

En la primera modalidad (escogida por el segundo nivel y en adelante), el sistema funciona como un sistema único, aunque en la segunda modalidad el sistema será verdaderamente un sistema único.

La razón de la diferenciación se hace evidente en el contexto ecuatoriano, ya que es cierto que, considerando el marco constitucional y político del derecho garantizado a la salud, resulta más congruente orientarse hacia un Sistema Único de Prestación de Servicios en Base a Ciudadanía. Pero considerando la satisfacción de los usuarios, la fuente de recaudación de ingresos adecuadamente establecida, las modalidades administrativas y prácticas bien institucionalizadas, así como el logro social que ha constituido el IESS históricamente, la inclinación sería preferiblemente hacia un



Sistema de Seguro Universal. Además, los asegurados del sector formal podrían percibir como un retroceso el hecho de implementar un sistema único.

Como contra argumento, se puede mencionar que el costo de la universalización hacia toda la población por la vía del seguro universal es prohibitivo en el sentido que, ya por la naturaleza del sistema, involucra costos más altos y se suma a esta consideración el hecho que se requiere crear un fondo subsidiado para aquellos que no puedan contribuir, cuyo manejo administrativo no ha de ser fácil en un contexto donde el tamaño del sector formal es pequeño y se caracteriza por su inestabilidad.

La estrategia escogida de red pública integrada en el nivel hospitalario, donde el IESS cuenta con un posicionamiento fuerte tanto en términos de imagen como de cobertura, permite una situación en la que todos ganan, que facilita avanzar en la instrumentalización progresiva de la integración sin que haya conflictos sociales fuertes.

En cuanto al nivel de atención básica (primer nivel hacia los hospitales básicos en el arranque), los beneficios de un sistema único manejado por el MSP son evidentes para la implementación del modelo de atención basado en APS que contemple una reorientación hacia la construcción de la salud (y no “reparación”) con priorización de las acciones de promoción y prevención. Así, se reflejará la contribución del sector a la construcción paulatina de los territorios del Buen Vivir.

La reforma del sector salud en el Ecuador al igual que la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe ha pasado por una etapa de antecedentes inmediatos en la década de 1990, y de desafíos a partir de la promulgación de la Política y la Ley del Sistema Nacional de Salud que caracteriza y rige de alguna forma al periodo actual.

Los procesos de reforma abarcan una serie de contenidos: marco jurídico, derecho a los cuidados de la salud y al aseguramiento, aumento de la cobertura, función rectora de los ministerios, separación de funciones, descentralización, desconcentración, participación y control sociales, financiamiento y gasto, oferta de servicios, modelos de gestión, recursos humanos, calidad y evaluación de tecnologías (Salud, 2007). No obstante, cabe señalar que estos procesos de reforma han sido ajustados a los procesos de reforma del mismo Gobierno, es decir, en muy pocos casos han resultado de acciones específicas en

un solo ministerio, por lo que los avances generados tienen relación directamente proporcional a las acciones del Gobierno Central (Sacoto, 2004).

Cuando la producción es local, los organismos responsables tendrán más flexibilidad e incurrirán en menos ineficiencias de gestión al ajustarse a las preferencias locales en materia de cobertura y calidad de los servicios. La descentralización facilita este control, así como facilita una reacción más rápida a las necesidades locales. Desde esta perspectiva cualquier intento de centralización tendrá un costo adicional por gestión ineficiente o determinará niveles de calidad inferiores a los que pudieran lograrse en una administración descentralizada.

Otro aspecto importante a considerar en la descentralización es el adecuado manejo de la Subsidiariedad. El Gobierno debe permitir que la comunidad asuma el papel que le corresponda en la toma de decisiones al respecto de sus necesidades y preferencias en los temas que le competan, el no hacerlo degrada el lugar que ocupa en la sociedad. Este principio significa que es erróneo tomar la responsabilidades de un grupo menor porque con ello elimina la posibilidad de que los niveles locales desarrollen destrezas, criterios o iniciativas es decir se limita la autonomía en las decisiones.

El incorporar adecuadamente, este principio significa diseñar la nueva organización, cambiando la vieja organización diseñada defensivamente para asegurar se eviten los errores, (pero que en la práctica siempre se cometen), hacia un nuevo tipo de organización donde las acciones de control ineludibles por el Gobierno Nacional se realicen, pero con posterioridad a los acontecimientos, para no paralizar el accionar.

#### ***6.5.1. Red Pública Integral de Salud - RPIS***

La Red Pública Integral de Salud es un mandato constitucional, según su Artículo 360: “La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.

La estrategia de su construcción en dos modalidades permite aprovechar las ventajas competitivas de cada subsistema (seguro: hospitales, MSP: primer nivel), proceder a cambios profundos sin que desaparezcan los “privilegios” percibidos por los asegurados y permite la generación de la imagen institucional de la “red pública integral” y un fortalecimiento institucional por fases.

La Red Pública Integral de Salud, como el eje fundamental para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, tendrá como meta cubrir la brecha de servicios, disminuir las desigualdades en el acceso, mejorar la oportunidad, calidad, y cobertura de las atenciones. Debería estar formada por territorios (distritos) con capacidad resolutive local y gestión desconcentrada, con sus necesidades económicas y organizativas definidas.

En la búsqueda de esta coordinación institucional, el Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional, lidera este proceso y ha formado una Comisión Técnica Nacional con representantes técnicos acreditados de los subsistemas públicos (IESS, FFAA, Policía Nacional). Esta comisión funciona de manera permanente, está presidida por el Ministro de Salud o su representante, toma decisiones y se constituye en el órgano de concertación y coordinación nacional del SNS.

Dentro de los logros alcanzados hasta el momento se puede citar lo siguiente:

- Se definió el conjunto de prestaciones de salud para la Red, de acuerdo al análisis de mayor prevalencia, incidencia, morbi-mortalidad, entre otros criterios, definidas en tres estratos: mayor, mediana y de baja prioridad. Estas prestaciones responden al 90% de la carga de enfermedad que tiene actualmente el país.
- Se validaron los protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico en un 100% entre las instituciones de salud del sector público. Próximamente se realizará la capacitación virtual de 6.000 profesionales que prestan atención en las diferentes unidades de salud.

- Se concluyó la construcción del Tarifario Único para la negociación de la prestación de servicios de salud en el sector público y privado. Se inició el proceso de socialización con la Federación Médica, las Direcciones Provinciales de Salud, la Asociación de Clínicas Privadas del país, FONSAT y la Cruz Roja.
- Se reunió la información de la cartera de servicios del sector público del primer y segundo nivel de atención.
- Se suscribió el Acuerdo Ministerial de Homologación de la Tipología de los Servicios de Salud, para lo cual se construyeron los estándares técnicos para cada nivel de atención: población a ser atendida por unidad, horarios de atención, perfiles de profesionales que debe disponer cada unidad, cartera de servicios para los tres niveles de atención.
- Se concluyó la construcción de los estándares para licenciamiento de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Al momento, la Dirección Nacional de Servicios de Salud se encuentra elaborando la normativa técnica y demás instrumentos necesarios para automatizar este proceso.
- Se están realizando las gestiones necesarias para impulsar temas importantes como farmacovigilancia, auditoría médica, implementación de protocolos que, como parte del sistema de garantía del control de la calidad de los servicios en el país, el MSP como Autoridad Sanitaria por primera vez genera estas capacidades y ampliará su ámbito de acción al sector público.

### ***6.5.2. Red Complementaria de Salud***

La participación del sector privado en la implementación del modelo de atención se operativiza mediante la estructuración de la “red complementaria”: servicios que el sector público compra al sector privado para atender a la demanda que no puede ser cubierta por este sector y que funciona mediante convenios de gestión suscritos entre las instituciones de salud del sector público y del sector privado.

La Red se encuentra en la fase de estructuración, lo que implica regular los servicios que se prestan a través de la red complementaria, emitir las acreditaciones a prestadores institucionales, la normativa que permita el funcionamiento de estas entidades privadas y exigir el registro nacional, zonal y distrital de los profesionales de la salud con sus especialidades médicas y odontológicas.

El sector privado de salud está integrado tanto por entidades con fines de lucro (empresas de medicina prepaga, proveedores de seguros privados, consultorios, dispensarios, clínicas, hospitales), como por organizaciones sin fines de lucro, tales como ONG, organizaciones de la sociedad civil o asociaciones sociales.

Las entidades privadas, debidamente certificadas por parte de las entidades del seguro social, intervienen también como prestadores de servicios para los afiliados del Sistema de Seguridad Social bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios. Tanto las empresas privadas aseguradoras, como las de medicina prepaga son supervisadas por la Superintendencia de Compañías.

Las entidades sin fines de lucro que participan como actores importantes del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano y que cuentan con infraestructura propia son: la Junta de Beneficencia de Guayaquil, que atiende a personas de medianos y escasos recursos; la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil; la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, que presta servicios especializados de diagnóstico y tratamiento de cáncer en las principales ciudades del país, y la Cruz Roja Ecuatoriana. Estas entidades actúan en calidad de proveedores de servicios para el sector público.

La Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer son reguladas y mantienen contratos de prestación de servicios con el Ministerio de Salud Pública.

La instancia máxima de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial en salud es el Consejo Nacional de Salud (CONASA), que se constituye en una persona jurídica de derecho público con autonomía administrativa y financiera.

### **6.5.3. Rectoría del SNS**

El Ministerio de la Salud Pública (MSP) es la Autoridad Sanitaria Nacional con capacidad de dictar normas y ejercer rectoría y control sobre el sistema. Sin embargo, es necesario que el MSP se fortalezca como ente rector del sector en la conducción, normalización, coordinación, regulación y control de las actividades de salud.

El MSP también es el principal prestador de servicios en el país, tanto para servicios de salud colectiva como individual. Adscrito al Ministerio se encuentra el Instituto Nacional de Higiene, con responsabilidades en laboratorios de referencia, control y vigilancia sanitaria.

En la nueva estructura del MSP que se implementará próximamente, este instituto complementará sus actividades con actuación en el área de la investigación en salud, transformándose así en el Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación. Asimismo, se creará la Agencia de Control de los Establecimientos de Salud, para fortalecer el ejercicio del rol rector del MSP. Tanto en el Sistema de Seguridad Social como en el Sistema Nacional de Salud se contemplan las prestaciones de servicios de salud, así como la universalización de la atención, lo que puede generar confusiones. Sin embargo, el Sistema de Seguridad Social no tiene como objetivo la prestación de servicios de salud sino, únicamente, la de brindar un seguro que permita a sus afiliados acceder a estos servicios cuando lo requieran. Los servicios de salud, por su lado, son parte del Sistema Nacional de Salud.

Podría decirse que es en ésta área de definición y regulación del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud donde se encuentra el mayor desfase, tanto con las nuevas realidades del funcionamiento actual, como con el nuevo marco constitucional, por lo que se requiere de manera urgente reformar la legislación secundaria del Sistema Nacional de Salud a fin de establecer, mediante expedición de un nuevo código de salud, normas actualizadas y plantear nuevas propuestas de organización.

Según la organización del Sistema Nacional de Salud actual, que se basa en la legislación secundaria vigente, le corresponde al Ministerio de Salud Pública ejercer la función de Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y, en concordancia con los mandatos

legales, el MSP ha definido su rol y visión institucional enfatizando su función de rector.

**Rol:** El Ministerio de Salud Pública es la autoridad sanitaria nacional, núcleo de pensamiento estratégico del sistema nacional de salud, conductor de la red pública de servicios; que planifica, regula, genera política pública; define estándares y mecanismos de gestión articulación; con el objetivo de vigilar la salud pública y actuar a través de la provisión de servicios de promoción, prevención, curativos y de rehabilitación, así como actuar, a través del control de todos los productos y actividades que afectan a la salud, hacia mejoras del nivel de salud de la población ecuatoriana.

**Visión:** El Ministerio de Salud Pública ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

La Autoridad Sanitaria Nacional debe “crear, cumplir y hacer cumplir las políticas públicas del Estado, elaboradas y ejecutadas de conformidad con la Constitución” (art. 363). En este sentido, el MSP se sujeta al Plan Nacional de Buen Vivir, en su objetivo 3 –mejorar la calidad de vida de la población–, que tanto en la política como en los lineamientos tiene muy claramente establecidas las metas y objetivos a cumplir en materia de salud. En este marco, la ASN define, emite y difunde políticas nacionales y planes de salud para los cuales se encargará igualmente de fomentar y controlar la aplicación.

Según el marco legal, el MSP “comparte” la función rectora con el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y, en ciertas ocasiones, el compartir se ha transformado, de hecho, en “delegar”.

Desde el año 2002, el CONASA es una entidad con autonomía administrativa y financiera cuyo propósito es promover los consensos en las políticas públicas e impulsar los mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional

de Salud conforme a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Su directorio está conformado por representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector de la salud y funciona básicamente a través de comisiones de expertos institucionales (Planificación, Medicamentos, Recursos Humanos, Bioética), para generar acuerdos respecto a políticas, normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación.

El rol del CONASA en la promoción de la construcción colectiva de políticas y agendas de salud, así como en la conducción de los actores del SNS, ha sido muy valioso. Consecuentemente, el MSP se ha fortalecido institucionalmente en estos aspectos y su desempeño como Autoridad Sanitaria ha ido mejorando en los últimos años.

Los mandatos constitucionales vigentes objetan la presencia de entidades de articulación sectorial adscritas a ministerios, tales como el CONASA, que tendrán que reorientar su actuación; esto permitirá el reforzamiento del rol rector del MSP.

Los aseguradores públicos que se consideran rectores en cada uno de sus subsistemas, en ciertos casos, han ejecutado actividades que competen a la función rectora, especialmente en lo relativo a la provisión de servicios, temas de medicamentos o recursos humanos, lo que contribuyó a la fragmentación del sistema.

Aunque en los aspectos de regulación en cuanto a atención, vigilancia o medicamentos, el MSP ha sido activo, existen ámbitos de regulación desatendidos, como por ejemplo los temas de regulación del sector privado. De manera general, el liderazgo de la ASN es débil en hacer cumplir las normas, aspecto en el cual se debería poner mucho más énfasis.

La nueva estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública propone la creación de tres entidades especializadas: la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, la Subsecretaría de Gobernanza de la Salud y la Agencia de Control para los establecimientos de Salud, adscrita al Ministerio.

La Coordinación General del Desarrollo Estratégico en Salud plantea prioridades y directrices a partir del análisis de la situación de la salud de la población, sus



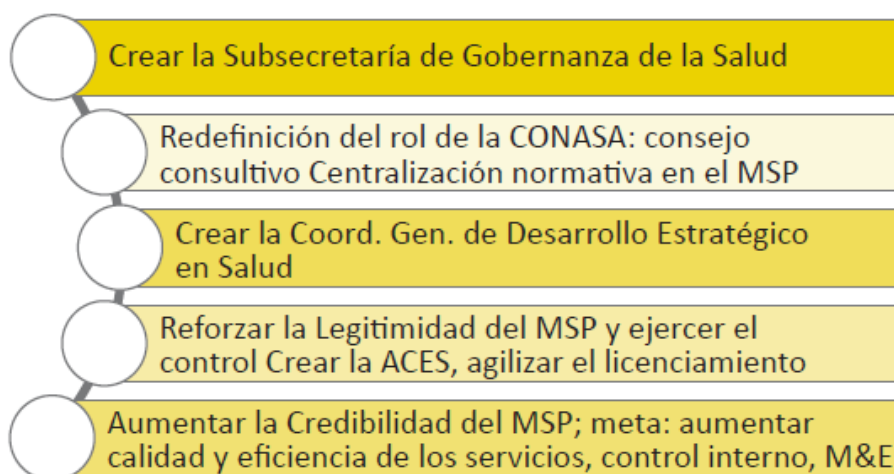
determinantes, tendencias, costos, prácticas médicas, efecto de las políticas y acciones con el afán de alcanzar un mayor impacto en la salud de la población.

Constituye el soporte de la Autoridad Sanitaria para la toma informada de decisiones, el ordenamiento y diseño de la política en salud, pues constituye un espacio de reflexión, análisis, definición de la visión y las orientaciones estratégicas del sistema nacional de salud del Ecuador.

La Subsecretaría de Gobernanza de la Salud ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud (SNS) con enfoque de liderazgo mediante la promulgación y aplicación de instrumentos legales, la dirección y conducción de los actores del SNS, la negociación de acuerdos, la conciliación de intereses y la coordinación de acciones, con el fin de articular objetivos comunes y, por lo tanto, mejores resultados para el sector.

La Agencia de Control de los Establecimientos de Salud será la entidad encargada de controlar todos los establecimientos prestadores de servicio del SNS con independencia de los actores prestadores. Se procederá a controles del respeto a las normas vigentes en materia de infraestructura, equipamiento, procesos y recursos humanos, en el marco del cumplimiento a la regulación sobre el licenciamiento.

**Gráfico 5.- Soluciones Estructurales para el ejercicio del Rol de Autoridad Sanitaria Nacional**



Fuente: MSP, 2014

Como ya se mencionó, se reformulará el rol del CONASA y se fortalecerá el MSP en su actuación como proveedor para poder gozar de la legitimidad suficiente a fin de controlar a los otros proveedores.

El Ecuador cuenta con una Política Nacional de Salud que fue aprobada luego de un proceso participativo de consulta nacional a los diferentes actores del Estado y la Sociedad Civil, promovida por el Ministerio de Salud Pública y el CONASA en el periodo 2002–2006.

La política, aunque poco difundida, se encuentra vigente y está organizada en tres ámbitos de acción: la construcción de ciudadanía en salud, la protección integral de salud y el desarrollo sectorial. Sus objetivos son:

- Promover la ciudadanía en salud, la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida digna y saludable.
- Garantizar la protección integral de la salud de la población ecuatoriana facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales.
- Desarrollar las capacidades del sector de la salud mediante procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo integral del talento humano, el desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información y la dotación de recursos materiales, tecnológicos y financieros.

En cuanto a otras políticas, se hace una distinción entre las políticas intersectoriales, sectoriales e institucionales, cada una con responsabilidades institucionales bien definidas. Las macropolíticas, así como las políticas intersectoriales, que involucran también otras carteras del Estado, son emitidas por la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, las políticas sectoriales por la Subsecretaría de Gobernanza en Salud y la de vigilancia y, finalmente, las políticas institucionales, es

decir aquellas que son de aplicación únicamente dentro de la institución, emanan de las Direcciones Nacionales responsables del tema.

#### ***6.5.4. Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS***

Tras la adopción de la política de gratuidad, en el año 2007 se crea la Subsecretaría de Extensión y Protección Social en Salud y el Programa de Aseguramiento Universal de Salud se transforma en el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS).

El Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

El modelo propuesto por el MSP busca consolidar la atención primaria de la salud como estrategia que prioriza la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud; priorización desde un enfoque de evitabilidad y la participación organizada de los sujetos sociales en la construcción de una sociedad saludable. Esto se complementa con la respuesta emergente curativa asistencial, históricamente hegemónica, que por sí sola no ha cambiado el perfil de salud-enfermedad de la sociedad ecuatoriana, modificando el enfoque y la práctica de atención hacia una visión más integral, de excelencia y de profundo respeto a las personas.

En este marco se contrataron 4.582 profesionales que integrarían los Equipos Básicos de Salud (EBAS), instrumento estratégico del modelo. Con ello se incrementó la oferta de servicios y la cobertura de la red del Ministerio de Salud Pública.

El propósito del Modelo de Atención Integral de Salud se formula de la siguiente manera: Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, transforme el paradigma de la atención curativa, hacia una visión integral e

integradora centrada en el cuidado de la salud individual, familiar, comunitaria y del entorno, orientada a la garantía de los derechos en salud y al cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir.

Además de orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.

Los Objetivos del MAIS son los siguientes:

- Contribuir a la resolución de los problemas de salud prevalentes y evitables partiendo de su identificación, localización territorial y la implementación de respuestas integrales e integradas, enfatizando en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud e incorporando los enfoques intercultural, generacional y de género.
- Ampliar el acceso a servicios integrales de salud implementando estrategias orientadas a superar las barreras geográficas, económicas, culturales, articulando y fortaleciendo la Red Pública Integral de Salud y las microrredes territoriales, incorporando los avances científicos y tecnológicos que contribuyan a una atención oportuna, de excelencia, efectiva y respetuosa de los derechos ciudadanos.
- Fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de primero y segundo nivel e implementar estrategias para que el primer nivel de atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria a la red de servicios, garantizando la continuidad en las prestaciones.

- Crear colectivos con alto grado de formación sanitaria y compromiso social, tanto a nivel del personal de salud como a nivel comunitario.
- Implementar mecanismos institucionales que favorezcan la plena participación individual y colectiva de la comunidad, en la planificación e intervenciones para el cuidado y recuperación de la salud, así como para la veeduría y el control social.
- Mejorar la articulación entre la prestación y la gestión en los servicios de salud y su financiamiento.
- Implementar estrategias para garantizar la seguridad y calidad de los servicios y procesos de evaluación por resultados.
- Fortalecer la articulación intersectorial e interinstitucional para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir a la construcción de condiciones saludables y el buen vivir.

En resumen, se aspira a que la expresión médico-paciente se cambie por la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano concluyendo que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino, fundamentalmente, resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población.

El MAIS fortalece la promoción y la prevención; implementa estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud, que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, reconociendo y dando respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial. Implica también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. La Atención Primaria no significa exclusivamente servicios en el I nivel de atención, sino que considera que el primer nivel de atención es la puerta de entrada a los otros tres niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales.

Uno de los enfoques es la Epidemiología Comunitaria que se caracteriza por analizar los datos epidemiológicos que se generan y no tienen un camino unidireccional (desde la periferia hacia el centro) si no que transitan en un camino de ida y vuelta, donde se validan, se enriquecen y finalmente se convierten en elementos fundamentales para el diálogo en y con las comunidades. No excluye el uso de la tecnología informática y de las telecomunicaciones, pero se fundamenta en el uso de la palabra, de la escucha, del pensamiento, de la reflexión; habilidades humanas que, hasta donde se conoce, no han sido todavía superadas por ningún software, Smartphone o red neural.

El MAIS se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios.

La hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional y medicinas alternativas, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos.

Para el sector salud el reto fundamental es incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión, y que los recursos de la medicina tradicional y medicinas alternativas sean complementarios.

La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción

horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas.

Es así que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la interrelación entre culturas sanitarias distintas, aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, contribuyendo a responder adecuadamente a las necesidades de las y los usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud.

La organización de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud, incorporando el enfoque intercultural permite acercar los servicios a la población porque reduce las barreras de acceso sociocultural principalmente.

Desde la oferta de servicios de atención en salud la interculturalidad como enfoque busca hacer efectivo el mandato constitucional donde se establece la conformación y presencia efectiva de los proveedores de las medicinas occidentales, en conjunto con las medicinas alternativas y complementarias, que interrelacionados logren el bienestar del individuo, familia y comunidad respetando y considerando sus situaciones y condiciones diversas, a fin de que la provisión de servicios cumpla con criterios de pertinencia, coherencia y correspondencia.

El reconocimiento de la diversidad cultural implica un diálogo intercultural, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales en el que por una parte el Estado y los pueblos, nacionalidades indígenas, afro ecuatorianos, montubios y mestizos, puedan debatir la prestación de un servicio integral adecuado a su cosmovisión y/o en su defecto se valore, respete su propio sistema, garantizando el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad.

El modelo comunitario de salud mental permite comprender al individuo en sus dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y políticas; fortalece la participación de la comunidad en la planificación y desarrollo de actividades orientadas al cuidado de la salud mental, la prevención, identificación, manejo y el seguimiento de las personas con trastornos y/o afectaciones mentales en sus comunidades, además de

reducir la estigmatización y discriminación de las personas que estén afectadas por algún trastorno.

Dentro de los cuidados paliativos se orienta entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo.

Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos, que se deben prestar en los tres niveles de atención de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias en estrecha relación con la familia y la comunidad.

Los Principios del Modelo de Atención Integral de Salud, que caracterizan su accionar son los siguientes:

231

---

- Garantía de los derechos de las y los ciudadanos y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros, sus comunidades y la sociedad. La garantía de derechos implica generar condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, a través de mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.
- Universalidad: es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población que habita en el territorio nacional independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación, ingresos. La articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y red complementaria para garantizar el acceso a servicios de excelencia a toda la población.



- **Integralidad:** desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).
- **Equidad:** Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.
- **Continuidad:** Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.
- **Participativo:** Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.
- **Desconcentrado:** Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.
- **Eficiente, eficaz y de calidad:** Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos.

Que la expresión médico-paciente que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano.

Que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población.

Dentro de los Escenarios de la Atención podemos mencionar los siguientes:

Atención Individual.- Reconociendo el carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual generando elementos protectores o de riesgo para su salud y su vida, la atención integral individual se orienta a promover una cultura y una práctica de cuidado y autocuidado de la salud, de atención a las necesidades específicas en cada momento de su ciclo vital, su estilo de vida, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de enfermedad, rehabilitación de la funcionalidad y cuidados paliativos cuando ya la condición sea terminal. La atención individual debe basarse en el respeto y el reconocimiento tanto del equipo de salud y de la persona de los derechos y responsabilidades en salud, que debe ser un espacio interactivo y de aprendizaje mutuo.

Atención Familiar.- La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros. El equipo de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables. El equipo de salud tiene la responsabilidad de identificar necesidades y articular intervenciones intersectoriales frente a riesgos y problemas que rebasan las posibilidades de intervención desde los servicios de salud.

Atención a la Comunidad.- La comunidad es el escenario inmediato donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud. Es el espacio privilegiado para la acción de los sujetos sociales en función de la generación de condiciones sociales ambientes saludables.

Atención al ambiente o entorno natural,- la provisión de servicios debe incorporar también estrategias y acciones orientadas al cuidado ambiental como uno de los determinantes más importantes de la salud. El deterioro ambiental, la contaminación, el impacto del cambio climático están ocasionando graves riesgos y problemas de salud en la población que deben ser enfrenados con acciones de prevención, promoción de estilos de vida saludables, educación e información sobre los riesgos ambientales. El cuidado de la salud y el entorno implica intervenciones intersectoriales y con la activa participación de la comunidad.

En cuanto a la prestación de servicios de salud en Ecuador podemos mencionar los cuatro niveles:

Primer Nivel de Atención.- Es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del sistema, garantiza una referencia y contra referencia adecuada y asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de salud pública de acuerdo a la norma emitida por la Autoridad Sanitaria. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia; además, se constituye en la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud.

Dentro de este nivel se encuentran los siguientes tipos de establecimientos:

- Puesto de salud
- Consultorio general
- Centro de salud rural
- Centro de salud urbano
- Centro de salud urbano de 12 horas
- Centro de salud urbano de 24 horas

Segundo Nivel de Atención.- Comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieren hospitalización; constituye el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención. Se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como cirugía ambulatoria y hospital del día.

Comprende los siguientes tipos de establecimientos:

- Consultorio de especialidades clínico quirúrgicas
- Centro de especialidades
- Centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital del día)
- Hospital básico
- Hospital general

Tanto las unidades de primero como de segundo nivel tienen un área geográfica delimitada y una población definida de cobertura. En todos los establecimientos de salud se aplicará la estrategia de atención primaria de salud acorde a las necesidades de la población.

---

235

Tercer Nivel de Atención.- Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelven los problemas de salud de alta complejidad, tienen recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realizan trasplantes, cuidados intensivos, cuentan con subespecialidades reconocidas por ley y se incluyen los siguientes:

- Centro especializado
- Hospital especializado
- Hospital de especialidades

Enfermedades Catastróficas o Cuarto Nivel de Atención.- Como política de estado está la atención de las enfermedades consideradas como catastróficas, que para su tratamiento tienen financiamiento del Estado para permitir la gratuidad de su atención.

Este programa, denominado Programa de Protección Social en Salud (PPS), está manejado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social e incluye hasta el momento, sin descartar su progresividad: malformaciones congénitas del corazón, cáncer, tumores cerebrales, insuficiencia renal crónica, trasplantes de riñón, hígado, médula ósea, malformaciones vasculares, secuelas de quemaduras, prótesis externas, implantes cocleares y órtesis.

Los servicios prestados por los Programas Especiales de Protección Social en Salud (PPS) se han incrementado, generando al año 2014 un ahorro de bolsillo en la población que asciende a los USD 25 millones. Estos han cubierto sobre todo atención a problemas oculares, diabetes, implantes y cardiopatías, prostatitis, entre otros.

#### ***6.5.5. Modelo de Gestión***

Para la vigencia formal del Modelo de Gestión Organizacional por Procesos en el Ministerio de Salud Pública se redujo a normativa las teorías e ideologías del buen gobierno (Natera, 2013) lo que consolidó, desde una vía ecuatoriana, la recuperación del poder estatal en la Administración Pública fortaleciendo la institucionalidad y la planificación es decir, propender a un cambio radical y rápido de las estructuras vigentes, para transformar al Estado Burgués en un Estado verdaderamente popular (Correa, 2013).

El Modelo de Gestión por Procesos responde a la recuperación de la capacidad planificadora del Estado, instrumentada en el Plan Nacional de Desarrollo o Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) al que se sujetan las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; la inversión y la asignación de los recursos públicos; permitiendo coordinar las competencias exclusivas entre el Gobierno Central y los Gobiernos Autónomos Descentralizados.

Por el amplio contenido el PNBV y como disposición orgánica de la Función Ejecutiva se elaboran Agendas Intersectoriales que enlazan y coordinan las instituciones públicas de acuerdo a cada ámbito de acción. La Agenda Intersectorial de Desarrollo Social

plantea lineamientos estratégicos de la política pública y de los programas y proyectos a ser ejecutados por el Consejo Sectorial de Desarrollo Social (CSDS), presidido por el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (MCDS) y compuesto por tres tipos de miembros (MCDS, 2008):

Miembros Plenos: Ministerio de Salud, Secretaría Nacional del Migrante, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Programa Nacional de Microfinanzas, Instituto de Economía Popular y Solidaria, Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Miembros Asociados: Vicepresidencia de la República (en el ámbito de discapacidades), Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca (desarrollo rural), Ministerio de Relaciones Laborales, Ministerio del Deporte, Ministerio de Educación, Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional (SECAP), Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo y Becas (IECE), Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia Tecnología e Innovación (SENESCYT), Secretaría Técnica de Capacitación y Formación Profesional, Instituto Ecuatoriano de la Propiedad Intelectual (IEPI), Secretaría Técnica del Plan Ecuador

Miembros Invitados: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL),

Para su abordaje en territorio y en aplicación del principio de participación social se definen Agendas de Desarrollo o Agendas Zonales para el Buen Vivir, donde se forjan iniciativas que consoliden la coordinación entre la planificación nacional y territorial mediante la caracterización de relaciones y particularidades específicas tanto geográficas como de la población. Las Agendas Zonales permiten la formulación de políticas públicas y la definición inicial de un modelo de organización territorial con lineamientos para el uso del suelo y las intervenciones estratégicas articuladas a la propuesta nacional.

En conjunto y de acuerdo al nivel de planificación, las agendas generan directrices con carácter obligatorio para la gestión institucional de todo el sector público.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador se encuentra en plena reingeniería. Se definió un nuevo modelo de gestión y estructura organizacional cuyos objetivos buscaban corregir las ineficiencias evidenciadas en la institución; modernizar la administración y el manejo gerencial interno para una mayor efectividad, eficacia y transparencia, fortaleciendo su capacidad para ejercer el rol de autoridad sanitaria, y llevar a cabo estrategias y programas en vista del cumplimiento de su misión, objetivos institucionales y mandatos a su cargo.

El nuevo modelo de gestión propone la desconcentración financiera, funcional y administrativa hacia las nuevas estructuras territoriales, definidas estas como zonas y distritos, lo que permitirá una separación adecuada de funciones entre el nivel central, responsable de la política institucional y del ejercicio de la facultad de rectoría, y el nivel local; una ejecución de acciones estrechamente vinculadas a las necesidades del perfil epidemiológico y sociodemográfico de los territorios; un manejo más ágil y eficiente de los recursos y una mejora en la gestión administrativa, en la productividad y en la prestación de servicios (Illescas, 2015).

Se plantea la creación de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud con el objetivo de sustentar el modelo de atención primaria que tiene un enfoque hacia la promoción, prevención y reestructuración de redes. Esta Subsecretaría tiene el fin de desarrollar y dar visibilidad a acciones específicas, preferentemente intersectoriales, sobre los determinantes de la salud. También se conformaron distritos comunes con los ministerios de Inclusión Económica y Social y de Educación, a fin de lograr productos integrados.

En los distritos, la autonomía de acción que la desconcentración funcional y financiera está facilitando permite desarrollar una organización territorial estrechamente vinculada a las condiciones locales, estructurando redes y microrredes distritales, que articulan a los actores de la red pública complementaria y los niveles de atención para garantizar la continuidad en las prestaciones. Este es el nivel más importante porque el director distrital tiene conocimiento de las necesidades específicas de salud de la población a su cargo, analiza su capacidad de oferta y diseña un plan estratégico de mediano a largo plazo, tomando como eje la estrategia de APS.

El Modelo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública se desarrolla con el afán de alcanzar mayor eficiencia en la oferta de sus de servicios ya que el modelo es considerado como un nuevo estilo de gobierno, distinto del control jerárquico, cuya dinámica consisten en conectar la satisfacción de las necesidades de los usuarios externos e internos con todos los procesos institucionales, convirtiéndose la prestación de servicios públicos en un servicio a la colectividad.

La Gestión por Procesos como derivación del enfoque de calidad en la Administración Pública, es concebida como un modelo de organización donde la estructura se encuentra alienada de tal forma que se utilizan recursos y controles para transformar elementos de entrada (especificaciones, recursos, información, servicios) en resultados (otras informaciones, servicios) considerando a la transformación como un proceso; los resultados de un proceso generan valor agregado en las entradas y constituyen directamente elementos de entrada del siguiente proceso, dicho en otras palabras, la Gestión por Procesos es una forma de organización basada en los procesos, entendidos éstos como una secuencias de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado (Ziller, 2003).

Así el Gobierno ha de fiarse, según esta propuesta en lo que pueden hacer los individuos y los grupos, así mismo, exige la construcción de líderes locales que permitan la sostenibilidad del proceso. No cometer equivocaciones también significa no realizar experimentos y la descentralización debe considerar todas estas variables para planificar adecuadamente su implementación.

Sin embargo, cabe subrayar que lo anterior no constituye un fundamento suficiente para implantar la descentralización. Las supuestas ventajas que ésta ofrece pueden obtenerse a través de la correspondiente desconcentración administrativa, mientras la provisión y el nivel presupuestario se decide centralmente. La responsabilidad se delega en administradores que responden al gobierno central y gozan de cierta libertad de gestión, pero su autonomía de decisión tiene límites precisos establecidos por el poder central y no por las autoridades locales. Una administración descentralizada podría involucrar una serie de costos burocráticos adicionales (innecesarios) a nivel local destinados a replicar estructuras administrativas del nivel central con el fin de administrar la provisión del servicio.



Otro argumento ligado a la eficiencia productiva se refiere a la existencia de economías de escala y externalidades. La presencia de economías de escala vs una supuesta probabilidad de apropiación de los beneficios por parte de los niveles locales, constituyen factores que limitan la eficiencia de las provisiones de insumos descentralizados. Bajo esta óptica, el consejo sería concentrarlos en el nivel nacional.

Sin embargo con la finalidad de ir caminando hacia una nueva estructura organizacional se podrían establecer otros mecanismos tales como niveles de compras comunes centralizadas a escalas macro departamentales o macro regionales, permitiendo crear las bases para el refuerzo de las capacidades locales, lo que serviría a su vez, de modelos regionales de provisión dentro de una nueva organización.

Si bien en el caso de la atención primaria de salud la prestación de servicios de salud no presenta mayores conflictos con estos criterios, subsisten actividades cuya administración centralizada ofrece mayor eficiencia por razones de escala (por ejemplo: adquisición y distribución de medicamento).

La descentralización de responsabilidades y competencias que involucra decisiones de gastos implica modificaciones en la estructura de gastos públicos. La relación entre descentralización de responsabilidades y política de transferencia de recursos, genera inevitablemente un impacto fiscal. Existen tres combinaciones alternativas entre transferencias de competencias y recursos, cada una de las cuales tenderá a impactar en forma distinta sobre el déficit fiscal:

- a) Transferencia de responsabilidades sin transferencia de recursos correspondientes.
- b) Transferencia de responsabilidades con transferencia de recursos correspondientes.
- c) Transferencias de recursos sin transferencia de responsabilidades.

El impacto fiscal será diferente en cada una de las variantes sin embargo existen factores locales que también influirán, sobre la capacidad de movilizar recursos para el sector, a través de diferentes medidas de financiamiento tales como el copago o recaudaciones propias, esto estará en relación a la fortaleza de las economías locales y su capacidad para la adquisición de servicios.

La desconcentración ha conducido a configurar nuevos escenarios de poder y nuevas formas de relacionamiento entre los actores y las instituciones en un marco territorial y espacial amplio y diverso. Conlleva el traslado de ciertas y determinadas facultades y atribuciones desde el nivel central hacia otros niveles jerárquicamente dependientes, siendo el primero el que mantiene la rectoría y garantiza la calidad y buen cumplimiento (Maceira, 2007).

La desconcentración se define como la transferencia de la autoridad administrativa del centro a oficinas, la desconcentración no transfiere la responsabilidad ya que cuando el gobierno central establece oficinas regionales o delegaciones locales nuevas sigue siendo responsable de los servicios, aunque encarga a ellas su administración o el que hacer de cada día. A pesar de la ambigüedad, la desconcentración significa una transferencia de poder más baja que los otros tipos de descentralización (SENPLADES, 2013).

El proceso de desconcentración en el Ecuador busca lograr cambio sustancial en el modelo tradicional bicéfalo de la Función Ejecutiva que concentraba la dotación de la mayoría de infraestructura, equipamiento y servicios en las grandes ciudades del país.

Se trata de un mecanismo que aporta a la consolidación de la estructura nacional desde la institucionalidad y la prestación de servicios, impulsando y fortaleciendo nuevos núcleos de desarrollo y aportando a la mejora de las condiciones y la calidad de vida de la población (SENPLADES, 2009), además de una política implementada por el Gobierno Nacional a partir del año 2008 con la finalidad de contribuir a la garantía de los derechos ciudadanos, a través de la prestación de servicios públicos con eficiencia, calidad y calidez. Con la implementación de este proceso, el Ejecutivo busca viabilizar y efectivizar las políticas públicas sectoriales en cada uno de los territorios, bajo una lógica integral y con una visión nacional, partiendo de las realidades locales. Para ello, se conformaron 9 zonas, 140 distritos y 1134 circuitos como unidades de planificación, los mismos que abarcan todo el territorio nacional y respetan la división política administrativa establecida en la Constitución. (SENPLADES, 2013)

Si bien en toda descentralización existen motivaciones de orden político que impulsan cambios en distribución de los poderes públicos, la teoría identifica una serie de razones

económicas que explican la descentralización de funciones ligadas a la provisión de los servicios sociales básicos (salud, educación, vivienda).

El argumento teórico esgrimido a favor de una provisión descentralizada de los bienes públicos locales es la eficiencia, se espera que una política de descentralización genere ganancias de eficiencia sin deteriorar la equidad. Entre las razones más importantes que son consideradas al implementar una política de descentralización se encuentran:

La descentralización supone una ganancia en eficiencia social al permitir la posibilidad de ejercer las preferencias locales en decisiones referidas tanto al monto de recursos locales que se destina a la provisión de bienes y servicios públicos; como, a la asignación relativa de los gastos en salud dentro del presupuesto. Por otro lado un problema que emerge es el hecho de que algunas poblaciones locales no entenderían el carácter de bien con externalidad positiva que se conceptualiza en la atención primaria.

Dado que las preferencias locales no serán las mismas para jurisdicciones con características diferentes, en razón de variaciones epidemiológicas y demográficas. No existe garantía de una provisión mínima para toda la población. Una posición intermedia es aquella en la cual se define un nivel mínimo de provisión del servicio el cual es garantizado centralmente y de ahí en adelante, podría regir el principio de las preferencias locales. La cobertura de los daños, priorizando a determinados grupos vulnerables es decidida por el análisis de las diferentes variables, indispensables de controlar o eliminar, quedando en segundo nivel la incorporación adicional de aquellos daños que los niveles locales decidan asumir de acuerdo a sus planes locales.

La descentralización de los servicios de salud es una etapa inevitable del desarrollo del sector, no es lineal, es un proceso de larga data y ligado a las experiencias de gobiernos locales, la capacidad de las elites locales y sus economías.

Se sostiene que el acercamiento de las decisiones hacia los usuarios permite incrementar la información respecto de la identificación y segmentación de las necesidades. En esa medida se potencian las posibilidades de una efectiva focalización del gasto. Sin embargo existen opiniones, en sentido contrario las cuales plantean que las diferencias iniciales a nivel interdepartamental e intradepartamental y las capacidades económicas,

fiscales, de cada una de estas unidades subnacionales son factores que en un contexto de descentralización, contribuirían a acentuar las desigualdades iniciales.

Las necesidades de cuidado de salud de las poblaciones y el costo que ello significa ha crecido sostenidamente en la última década, este desafío deberá ser enfrentado por los servicios de salud y será mayor en las poblaciones con necesidades básicas insatisfechas donde la distribución de los recursos fiscales, tradicionalmente son menores, asimismo enfrentan serias dificultades en la gestión y organización de los servicios locales en salud a diferencia de las ciudades principales del país.

La descentralización representa un proceso de redistribución de poderes políticos desde un nivel central de gobierno hacia los niveles locales, por esta razón, el proceso de implantación de una reforma de esta naturaleza suele generar rechazo y oposición por el lado de los actores centrales que ven reducir su poder o mermar sus privilegios y por otro lado la generación de expectativas y aprobación a priori, por los actores locales.

Las dimensiones de la democratización del Estado implica cuatro aspectos fundamentales:

243

---

1. Recuperar y fortalecer las capacidades de planificación, regulación, control y redistribución que desprivatice el Estado y que este represente plenamente el interés público,
2. La construcción de un Estado Plurinacional e Intercultural,
3. La construcción de un Estado policéntrico desconcentrado y descentralizado,
4. Fortalecimiento de los procesos participativos en todos los niveles de gobierno

La descentralización de responsabilidades hacia instancias locales puede implicar una modificación en la percepción popular respecto de una voluntad de las elites nacionales de involucrar a la población en las decisiones asociadas a los problemas que las afecta y por esa vía, la descentralización puede transformarse en un instrumento de legitimización política que amplía su base, generando canales para posteriores medidas fortaleciendo inclusive la posición del gobierno nacional. En un país con una fuerte tradición centralista, esto es un reto.

Estos elementos además de las diferencias geográficas, demográficas, epidemiológicas y administrativas al interior del sector salud, así como las diferencias de desarrollo de liderazgo hacen necesario, en el corto plazo, ver la conveniencia en este sector, de transferir decisiones al nivel local a través de un proceso gradual. El apoyo al gobierno central, fortalece la gobernabilidad y abre espacios para ulteriores medidas de política.

La descentralización puede constituir un mecanismo de transferencia de situaciones conflictivas desde el nivel central hacia los gobiernos locales. En general, los sindicatos relacionados con los servicios sociales (educación y salud) suelen representar un grupo de poder altamente conflictivo, derivado del poder que representan los profesionales del sector, particularmente los de mayor calificación, quiénes saben además que sus servicios son esenciales para la comunidad. El conflicto permanente entre las restricciones presupuestarias y las demandas laborales por mejores remuneraciones, el conflicto entre las necesidades de la salud pública y las asignaciones fiscales son trasladados con el proceso de descentralización a los niveles locales, atomizándolos.

El conflicto permanente entre las demandas laborales y las restricciones presupuestarias, sumado a sistemas de carrera con una escasa flexibilidad en el manejo de los recursos humanos, representa para el nivel central un problema de envergadura, el que se debilita si se consigue atomizar al grupo de presión (sindicatos) trasladando la responsabilidad a los niveles locales.

Esta problemática exige el desarrollo previo de propuestas relacionados a la generación de un piso básico nacional laboral remunerativo sobre el cual se podrían adicionar compensaciones económicas de acuerdo a criterios que incorporen a las estratificaciones geográficas, el desarrollo local, ruralidad, necesidades básicas insatisfechas de las zonas, trabajo extramural, producción, eficacia y eficiencia, entre otros, para evitar o minimizar estos conflictos logrando una fortaleza para el proceso antes que una debilidad.

#### ***6.5.6. Descentralización del MG***

Con la finalidad de cumplir con los desafíos que demanda la nueva Carta Magna, se están consolidando nuevas formas de gestión estatal a través de la implementación de

un nuevo modelo basado en procesos sistemáticos de descentralización y desconcentración, lo que genera coherencia funcional en la administración de los servicios públicos con base, entre otras características, en una diferenciación especializada de funciones con claros mecanismos de articulación y coordinación.

Desde 2007, se registra un avance en la descentralización del poder político; además, se han asignado mayores competencias, recursos y capacidad de decisión a las instancias estatales descentralizadas autónomas. Los cambios previstos han creado condiciones favorables para la participación social en la gestión pública y han redefinido los roles de las instituciones estatales a nivel nacional, regional, provincial y municipal. Recientemente, se ha definido y validado la propuesta de mapeo de los distritos administrativos del país desde los cuales se efectivizará la prestación de servicios públicos desde el nivel local, con modificaciones al régimen actual de las direcciones provinciales.

La descentralización es un proceso orientado a incrementar eficiencia y eficacia a la gestión pública, por medio de un nuevo modelo de funcionamiento de los distintos niveles de gobierno. Proponer un nuevo modelo de descentralización implica pensar un Estado diferente que profundice el sistema democrático con un enfoque territorial y espacial. Desde esta perspectiva, la descentralización es una cuestión que compete al conjunto de la sociedad y consiste en la transferencia de autoridad en el planteamiento y en la toma de decisiones (Arellano, 2007).

En el ámbito político la descentralización supone transferir el poder de un gobierno central hacia autoridades que no están jerárquicamente subordinadas. La relación entre entidades descéntrales es siempre horizontal, no jerárquica.

Un Estado centralizado es aquel en el cual el poder es atribuido a un gobierno central, de manera que los gobiernos locales actúan como sus agentes. En el caso de un Estado descentralizado aún no centralizado, se otorga mayor poder a los gobiernos locales, que les permite tomar decisiones propias sobre su esfera de competencias. La orientación política y gubernamental que plantea que los diversos organismos de la administración estatal debe gozar autonomía regional.

La descentralización de un Estado puede ser política, administrativa y social en distintos grados o niveles:

- Transferencia de competencias desde la administración central a nuevos entes morales o jurídicos
- El Estado dota de entidad jurídica al órgano descentralizado.
- Se le asigna un patrimonio propio y una gestión independiente de la administración central.
- El Estado solo ejerce tutela sobre estos.
- Se basa en un principio de autarquía (organización política y económica de un Estado fundada en el autoabastecimiento).

La descentralización refuerza el carácter democrático de un Estado y el principio de participación colaborativo consagrado en numerosas constituciones de la tradición jurídica hispanoamericana.

La definición que expone la SENPLADES está acorde a la realidad local y nacional del país, así define a la descentralización como la transferencia de competencias, atribuciones, funciones, responsabilidades y recursos desde los órganos de la Administración Central a favor de entidades de Derecho Público de la Administración Pública Institucional o de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (SENPLADES, 2013).

---

246

La descentralización, en suma, se puede considerar como un proceso social de transferencia de competencias desde la administración central a las administraciones intermedias y locales y puede adoptar diversos tipos tales como la desconcentración, devolución, delegación, y privatización, y acoger varias formas como:

- Descentralización horizontal. Es la que dispersa el poder entre instituciones del mismo nivel, como por ejemplo las decisiones sobre el gasto de un ministerio que puede distribuirse entre varios.
- Descentralización vertical. A diferencia de la anterior, permite que algunos poderes del gobierno central se deleguen hacia niveles de administración

inferiores (locales o territoriales) y puede adquirir las formas ya referidas de desconcentración, delegación, devolución y privatización.

- **Descentralización administrativa.** Supone el traslado de competencias de la administración central del estado a nuevas personas jurídicas de derecho público, dotadas de un patrimonio propio. Aunque el poder central tiene un control muy limitado sobre las actividades de las entidades documentadas, éstas se encuentran sujetas a las órdenes de aquel y no gozan de personalidad jurídica propia. El objetivo de este tipo de descentralización es lograr una gestión administrativa más ágil y efectiva.
- **Descentralización política.** En ella los poderes, competencias y funciones administrativas, normativas y de gobierno se trasladan a un órgano con una base territorial determinada (región, territorio, localidad, comuna, etc.), una cierta autonomía para crear su propio derecho y un origen democrático dimanado de un proceso electoral. Para algunos especialistas lo más importante de la descentralización política es que supone un centro decisorio con capacidad para crear derecho, normas de igual jerarquía que la ley común; por el contrario, la descentralización administrativa acota la facultad de la entidad descentralizada de ejecutar la ley nacional o dictar excepcionalmente normas jurídicas bajo la jerarquía de la ley común.
- **Descentralización funcional.** Consiste en el reconocimiento al órgano correspondiente de competencias específicas o delimitadas sólo a un sector de actividad; es decir, el Estado asigna una función técnica o de servicios a una entidad gestora que dispone de personalidad jurídica y patrimonio propio. Un ejemplo puede ser una empresa pública.
- **Descentralización territorial.** Entraña el traspaso de poder decisorio a órganos cuyo ámbito de actividad o jurisdicción lo constituye un territorio o una localidad.
- **Descentralización mixta.** Las dos formas anteriores se pueden combinar y dar paso a una descentralización política con una base territorial, como es el caso de



los gobiernos territoriales, o bien a una funcional y territorial, como sucede con una empresa estatal en una provincia.

- **Descentralización fiscal.** Esta forma nace de la búsqueda de eficiencia en la prestación y el financiamiento de bienes públicos locales y nacionales; significa alcanzar un equilibrio entre los niveles impositivos, los gastos, las transferencias de los gobiernos centrales y los reglamentos impuestos sobre un gobierno local determinado.

Si bien la descentralización permite un acercamiento rápido y oportuno a la toma de decisiones, al tiempo que descongestiona un grupo de funciones en el nivel central, también da pie a un desarrollo territorial desproporcionado, imposibilita el verdadero papel del Estado en la sociedad y sienta las bases para la conformación de élites locales con intereses particulares, que pueden atentar contra el bienestar de la sociedad. El tema de la descentralización sigue siendo muy polémico y de gran complejidad, por lo que en un modelo de desarrollo puede ser permisible en algunos aspectos e inadmisible en otros. Es menester tomar en cuenta y analizar las condiciones concretas de cada país, sin olvidar su identidad, su historia y sus costumbres. (ANDES, 2012).

En el caso de los procesos de descentralización en el sector salud, cabe destacar que las experiencias señalan que estas han formado parte de procesos más amplios de descentralización política, administrativa y en algunos casos solamente sectorial. Mientras en unos casos, han formado parte de un proceso más amplio de reforma del sector salud, en otros no ha habido un marco global de referencia de reforma sectorial dentro del cual se pudiera enmarcar el proceso de descentralización del sector salud.

#### **6.5.7. Desconcentración del MG**

El Ministerio de Salud Pública se encuentra dentro de la denominada tipología 2 –alta desconcentración, baja descentralización–, que se caracteriza por un alto nivel de desconcentración, articulando los procesos, productos y servicios con una descentralización de baja incidencia.

### Gráfico 6.- Estructura Territorial del Sistema de Salud, Ecuador



Fuente: MSP, 2014

La desconcentración es una técnica administrativa que consiste en el traspaso de la titularidad o el ejercicio de una competencia que las normas le atribuyan como propia a un órgano administrativo en otro órgano de la misma administración pública jerárquicamente dependiente.

Al igual que para el caso de la descentralización utilizaremos la definición que realiza la SENPLADES para este proceso, en la cual define a la desconcentración como la transferencia de competencias de una unidad administrativa del nivel nacional, a una de sus dependencias del nivel zonal, provincial o distrital, siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen funcionamiento.

La propia norma que atribuya la competencia habrá de prever los requisitos y términos de la desconcentración así como la propia posibilidad de su ejercicio. Requiere para su eficacia la publicación en el Boletín Oficial que corresponda. La desconcentración se realizará siempre entre órganos jerárquicamente dependientes y en sentido descendente como en el caso del Ministerio de Salud. El hecho de que se transfiera la titularidad y no únicamente su ejercicio (como es el caso de la delegación de competencias) implica que el órgano que recibe la competencia la ejerce como propia.

En virtud de la desconcentración, una unidad organizativa puede realizar una o ambas de las siguientes acciones, por una parte, crear órganos para ubicarlos fuera del lugar sede del organismo, sin afectar la unidad organizativa. A esto se denomina

desconcentración orgánica. Por otra parte, delegar o reasignar atribuciones desde un órgano que los concentra hacia otro u otros órganos de la misma unidad organizativa. A esto se denomina desconcentración funcional.

#### **6.5.8. *El Talento Humano del SNS***

El nuevo modelo de gestión administrativa que se está impulsando en el país a través de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo Social incluye una alta desconcentración, con una baja descentralización, lo que significa que el tema de la fuerza laboral en salud obedecerá a la nueva estructura de zonificación y territorialización del Estado.

En el sector público, el régimen laboral en salud se aplica conforme lo establece la Ley Orgánica del Servicio Público y su Reglamento y la contratación colectiva a través del Código del Trabajo.

El Ministerio de Relaciones Laborales establece la tabla de remuneraciones del sector público, que se aplica a los profesionales y trabajadores de la salud, para su implementación presupuestaria y pago de remuneración mensual unificada por parte del Ministerio de Finanzas.

---

250

Con relación a la Carrera Sanitaria, la Ley Orgánica de Salud, Capítulo IV, de la Capacitación Sanitaria, Art. 205, establece: “Créase la carrera sanitaria para los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, basada en el criterio de clasificación por niveles de formación y estructura ocupacional, con el propósito de establecer sus obligaciones y derechos, así como los incentivos que permitan garantizar la equidad, calidad en la atención y el servicio, la asignación adecuada y suficiente de recursos humanos en las distintas zonas del país”.

La Autoridad Sanitaria Nacional promoverá y desarrollará, dentro de la Carrera Sanitaria, un Plan Nacional de Educación permanente con enfoque de género, pluricultural e intercultural para mejorar la productividad, la calidad del desempeño laboral y la promoción de sus recursos humanos, como lo indica el Art. 206 de la misma ley: “La autoridad sanitaria nacional establecerá planes de capacitación y evaluación

permanente de los profesionales y recursos humanos en salud e implementará promociones e incentivos”.

En la actualidad (2015), existe un proyecto de Ley a la Carrera Sanitaria que se trabajó conjuntamente con el CONASA y la OPS del Ecuador y fue remitido a la Asamblea Nacional para su aprobación, publicación en el registro oficial y aplicación. La inexistencia de una carrera sanitaria en el interior del MSP ha generado una gran problemática, pues ante la falta de procesos explícitos o reglamentos para ascensos o contrataciones de personal en todo el país, el funcionamiento de dichos procesos ha generado una percepción de injusticia e insatisfacción en parte de los funcionarios. El proyecto de carrera sanitaria con claridad y transparencia comunica los procedimientos para contratar personal y otorgar asensos.

Durante los últimos 30 años, los profesionales de la salud que trabajan para el MSP han recibido las remuneraciones más bajas del sector público, trabajando el 33% de ellos bajo la modalidad de contrato. Esta realidad, sumada a una política de trabajo de medio tiempo y la vigencia del contrato colectivo para 28% del personal del MSP, ha mermado la capacidad de ampliación de la cobertura en la atención de salud y la calidad del servicio.

---

251

El MSP ha tratado de enfrentar estos problemas y ya está alcanzando algunos logros. Durante el año 2010 se realizó la encuesta de recursos humanos, que logró capturar cerca del 90% de la información, con lo cual pudieron establecerse salarios justos que permitan la retención del personal de salud con la política de incremento salarial aumentando en un 80%, la equidad en la distribución de las jornadas laborales a 40 horas semanales para todo el personal y el lanzamiento del Plan de Estabilidad Laboral con 18 mil partidas de nombramiento definitivo entre los años 2012-2014.

En el Ecuador, un médico especialista del MSP ganaba 1.590 USD, cerca de la mitad de la remuneración del mercado. Esta diferencia no solo provocaba la migración del personal a otros países en busca de mejores remuneraciones, pues los desincentivos eran significativos, sino que también se generaba desidia y falta de voluntad en el ejercicio de sus labores, en algunos casos.

Frente a la falta de profesionales y su alta concentración, se planteó migrar de un sistema de 4 horas diarias trabajadas hacia uno de 8 horas con incentivos salariales que, en total, equiparasen, o superasen en algunos casos, el salario de mercado, lo cual compensaría la falta de personal y ayudaría a que tuviéramos profesionales con un sueldo más competitivo o justo y en las áreas donde lo necesita la población. Por ejemplo, los especialistas que trabajan en zonas alejadas recibirán una remuneración de USD 3.250. En este momento ya se cuenta con personal de salud que ha dejado su horario de 4 horas y hoy trabaja 8 horas y se prevé un proceso progresivo.

De manera complementaria, se introdujo la flexibilidad horaria, fijando seis horas diarias que, con turnos, permitan completar las 12 horas de atención de lunes a viernes y liberar 10 horas en medicina de llamada, guardias en la noche, fin de semana, docencia e investigación, todo ello dentro de un plan estructurado donde se contabilizarán las horas trabajadas.

La institución camina hacia la eliminación de la modalidad de contrato anual renovable: hoy en día existe personal al cual se le ha renovado su contrato anualmente durante los últimos 20 años. Como política de esta administración, coordinada con el Ministerio de Relaciones Laborales, solamente se podrá enrolar hasta un 10% del personal con contrato a término, el resto tiene que estar contratado con nombramiento, lo cual genera estabilidad del personal.

Actualmente, el Ministerio de Salud, a través de la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, y el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior son las instancias reguladoras y quienes ejercen la rectoría de la Política Pública en el campo de la educación superior, la ciencia, la tecnología, la innovación y los saberes ancestrales, amparados en la Ley Orgánica de Educación Superior y su reglamento.

En el Art. 118 de la Constitución de la República se establece que: “los niveles de formación de la educación superior: nivel técnico, tercer y cuarto nivel, especialización, maestría y doctorado, a través de un Sistema de Educación Superior que incluye todas las instituciones formadoras en salud”.

La participación del Ministerio de Salud Pública en la regulación de la formación del talento humano en salud es escasa o casi nula. Son las universidades y escuelas

politécnicas las que forman el recurso humano para el sector de la salud, conforme a la demanda del estudiante y las carreras de salud y afines ofrecidas y no se ha definido un criterio técnico para la formación de profesionales de la salud en el país.

La participación del sector privado en la formación del talento humano se ha incrementado notablemente en la formación de profesionales de la salud mediante la creación, en los últimos años, de nuevas universidades de Ciencias de la Salud concentradas en las grandes ciudades y con extensiones universitarias que abarcan todo el territorio nacional, especialmente en enfermería y tecnología médica. Este sector está regulado por la Ley Orgánica de Educación Superior y su reglamento.

En Ecuador, los servicios de salud constituyen un sector económico intensivo en recursos humanos, por lo que la regulación de su formación, utilización y desarrollo es clave para avanzar y lograr eficiencia y calidad de la atención de salud que reciben los usuarios e impulsar el logro de los objetivos de salud.

Sin embargo, se debe reconocer que la regulación de los recursos humanos en salud es un campo muy complejo, en el que no se ha avanzado mucho. Esto se debe a que el universo analítico incluye prioritariamente al menos tres componentes sujetos de regulación: la formación de recursos humanos, el ejercicio de la práctica profesional y las relaciones laborales.

Uno de los mayores problemas a los que se enfrenta el sector de la salud es la fuga de cerebros, sobre todo a países como España, Italia, Chile y Argentina entre otros. Cerca del 40% de los médicos graduados en el país están en el exterior, integrados a la fuerza de trabajo de otros países. Los costos de formación de nuestros médicos son altos y terminan no siendo aprovechados en nuestro país. Al momento, la disponibilidad de especialistas y personal de apoyo, como enfermeras, es muy limitada en el país y, más aún, para el MSP, que compite con el sector privado y el mismo IESS.

El estudio “Migraciones profesionales Latinoamérica – Unión Europea: oportunidades para el desarrollo compartido”, en el 2010, estudió los casos de países andinos: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. El capítulo Ecuador llegó a la conclusión de que el tema de la migración de los recursos humanos de salud es invisible en el país.

Prueba de ello es la ausente o escasa información encontrada, con lo cual se hace imposible determinar su magnitud (OMS/OPS/ CE/OSE/ EASP, 2010).

El mismo documento identificó como una de las mayores dificultades para monitorear el movimiento de estos recursos humanos la determinación de los que salen del país. No existen datos duros y confiables que identifiquen la magnitud sobre los flujos emigrantes de los recursos humanos de salud ecuatorianos y ninguna de las instancias estatales entrevistadas en el estudio hace esfuerzos para realizar un seguimiento de este hecho.

Sobre esa base, el estudio recomienda que, por ser un tema recientemente visibilizado, a pesar de que los flujos migratorios son de larga data, es necesario trabajar y mejorar los sistemas de registro e información, en especial abordar los Censos de población y vivienda como uno de los mejores instrumentos para lograr una aproximación a la magnitud y al perfil de los recursos humanos de salud involucrados en la migración profesional y mejorar el registro de colocaciones y migración del Ministerio de Relaciones Laborales, que registra los contratos en relación de dependencia o civiles que solicitan las empresas ecuatorianas o extranjeras con sede en Ecuador para contratar trabajadores extranjeros. Sugiere también que se utilice como fuente de información la Encuesta Nacional de Inmigrantes de España, que permitiría determinar el perfil de los recursos humanos de salud ecuatorianos que se encuentran trabajando en ese país.

El MSP ha tratado de enfrentar estos problemas y ya está alcanzando algunos logros. Desde el año 2012, se elaboró Sistema de Planificación de Talento Humano para el Sistema Nacional de Salud (Definición de estándares, implementación de sistemas informáticos y cierre de brechas en el Talento Humano, otorgando Becas de Formación de pregrado y posgrado (10 mil becas 2012-2014), se ejecutó el plan retorno de profesionales de la salud (600 profesionales vinculados desde octubre 2012) y se aceptó la colaboración de profesionales extranjeros especialistas de Cuba y del resto del planeta según las necesidades de especialización (INEC, 2012).

Los principales nudos críticos de este componente estuvieron relacionados a la escasa oferta laboral de profesionales de acuerdo al manual de puestos del MSP manteniendo una importante brecha permanente en los territorios. Otro aspecto fueron las diferentes

modalidades de contratación de los servidores públicos (contratación colectiva, nombramientos definitivos, contratos ocasionales) pues esto en el marco de los beneficios de cada uno, limita la movilización de personal sobre todo administrativo a puesto requeridos según las estructuras distritales.

#### ***6.5.9. Gasto y Financiamiento en Salud***

Los gastos totales de salud en Ecuador corresponden al 7% del PIB (2014). Los gastos públicos en salud, considerados los gastos de los seguros sociales y del MSP, corresponden a 4,5% del PIB para el año 2014. Los gastos privados corresponden a 4,1% del PIB con participación de 48% de los gastos totales en salud en el país. El Sistema Público en su conjunto alcanza para 2014 una inversión de 2408 MUSD en salud, correspondiendo a una participación en el PIB de 7%, con elevación progresiva de los gastos del MSP y Seguros Sociales.

Se tiene también que evaluar como Autoridad Sanitaria Nacional, y a la luz de la importancia que se quiere dar al sector privado, la lógica de contratación de servicios complementarios a través de la red complementaria, que ha sido importante para el IESS y por lo cual se estima que alrededor del 8% anual del valor total que se espera facturar (alrededor de 1.000 millones de USD) ha sido destinado a pagos de privados.

---

255

Finalmente, ¿es el financiamiento en salud suficiente? Se sabe que ningún país del mundo ha conseguido un SNS de cobertura universal con un gasto público en salud menor a 8% del PIB. Las brechas actuales muestran que para alcanzar la cobertura universal gratuita total se requiere un incremento progresivo del financiamiento.

La asignación de recursos se realiza en base a las prioridades de política de la agenda nacional. Es decir, la planificación institucional debe responder o encuadrarse dentro del Plan Nacional de Desarrollo, la agenda social y la propia agenda de salud del Ministerio.

La mayor parte del presupuesto de las provincias (hospitales y áreas) está predeterminada por las actividades regulares. El margen que queda para la reprogramación y adaptación a las prioridades de política corresponde, apenas, al 15 a 20% del presupuesto.



Partiendo de un modelo en el cual no había ninguna separación entre las funciones de compra de servicios y aquellas de prestaciones, dos iniciativas han logrado romper este esquema e ir más allá, introduciendo elementos de subsidio a la demanda y complementando las prácticas habituales de financiación de la oferta. Estas dos iniciativas son la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y el desarrollo del “Tarifario” en el marco de la construcción de la red pública y complementaria.

Este último constituye la normativa que ampara a todas las unidades prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud Red Pública Integral y Red Complementaria, debidamente licenciadas/calificadas para formar parte de la red de prestadores, en los diferentes niveles de atención y complejidad. Constituye un instrumento de aplicación obligatoria para efectuar las compensaciones económicas derivadas de la prestación de servicios de salud que brinden las instituciones públicas entre sí y entre estas y las privadas, con el fin de contribuir al acceso universal al sistema. El tarifario facilita el pago por prestaciones o por paquetes, como ha sido el caso en el marco de los convenios con las clínicas privadas para asegurar el acceso a cirugías para pacientes de los quintiles más pobres.

En el diseño y ejecución de la Ley de Maternidad Gratuita se incorporaron elementos novedosos sobre el modelo de financiamiento y la gestión de recursos. Por ejemplo:

- Separación entre financiadores y proveedores.
- Transferencia de recursos a los municipios donde funcionan comités de gestión.
- Creación de la Unidad Ejecutora y los Comités Locales de Gestión de Salud como mecanismos para el pago de servicios, independientes de la función de prestación de los mismos.
- Separación de las funciones de financiamiento-pago y de la prestación de servicios.
- Una de las consecuencias ventajosas que se espera lograr con esta reforma es la creación de una lógica y un espacio operativo de rendición de cuentas (accountability), en el cual unos actores (financiadores-pagadores) demanden información sobre los resultados logrados por los ejecutores, que estén obligados a rendir cuentas de producción y calidad.

- Diversificación de los proveedores de servicios, incluyendo además del MSP a las instituciones sin fines de lucro y a los proveedores de medicina tradicional, entre ellos a las parteras. Además, tradicionalmente, los fondos del MSP solamente han financiado servicios producidos por Unidades del mismo Ministerio de Salud Pública. La LMGYAI autoriza a que sus fondos puedan reembolsar servicios producidos por otros proveedores de salud, como organizaciones no gubernamentales, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) e incluso agentes de la medicina tradicional.

Se pretende realizar un cambio hacia un manejo estratégico del modelo de financiación mediante la financiación de la oferta y, en casos específicos, de la demanda; la asignación estratégica de presupuestos y recursos (criterios: desempeño, población, evitabilidad, etc.) y la separación de las funciones de compra y provisión de servicios.

El financiamiento sectorial forma parte del ejercicio del rol de Autoridad Sanitaria Nacional que debe garantizar a los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, una protección social básica en materia de salud que conduzca a la reducción de la desigualdad en el acceso a servicios necesarios, eficaces y de calidad, deber que se encuentra perfectamente alineado con los mandatos y lineamientos constitucionales.

En la mayoría de los países, recientemente se ha vuelto relevante la preocupación relacionada con modelos de financiamiento y los macro análisis pertinentes del gasto, sobre todo en el marco de la reforma de la estructura de los sistemas de salud alineada al compromiso hacia la cobertura universal. En 2005, los estados miembros del Organización Mundial de la Salud se comprometieron a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras por tener que pagar por ellos.

El modelo de financiación responde a la visión de la estructura organizacional deseada para el sistema de salud y viceversa. Así, es importante recalcar que en la Constitución de 2008, a pesar de los avances significativos en temas de salud colectiva, en lo que tiene que ver con el Sistema Nacional de Salud, la norma constitucional resulta poco clara porque prevé lograr la cobertura universal en salud por dos vías en paralelo: la

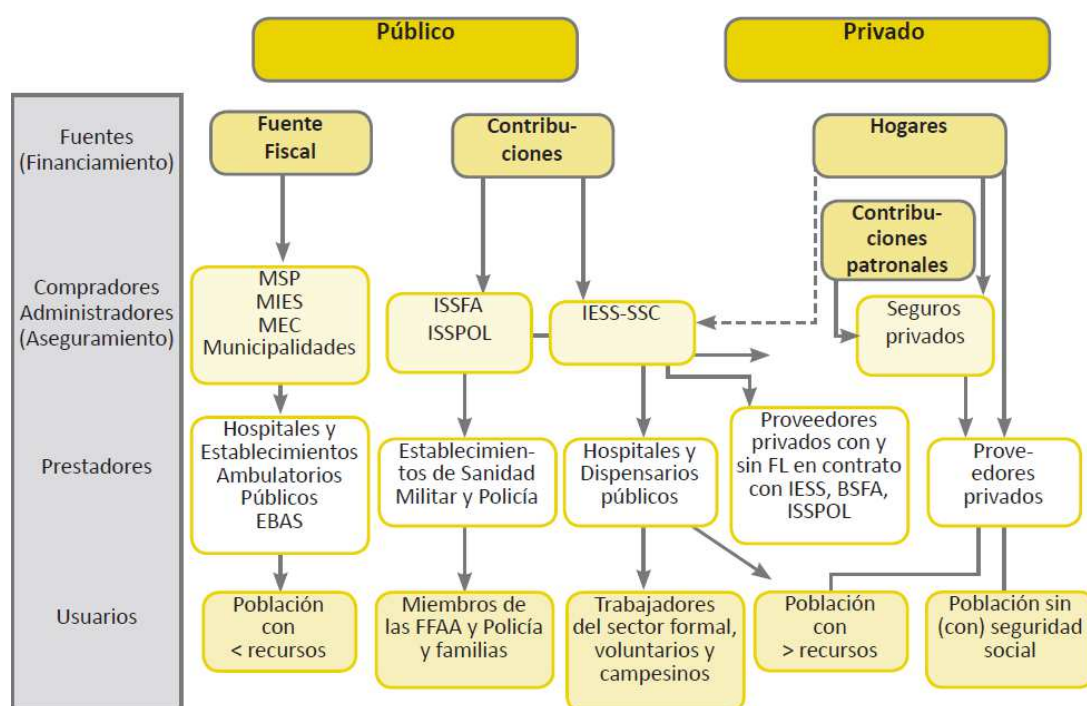
primera, a través de la construcción del Sistema Nacional de Salud (Art. 358, 359, 360) y la segunda, a través del Sistema de Seguridad Social (Art. 368, 369, 370).

La falta de un respaldo legal suficientemente contundente plantea un alto grado de dificultad para armonizar una propuesta común y genera fricciones innecesarias entre los actores clave que representan cada sistema: el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

El sistema de financiamiento de la salud vigente en el Ecuador es un sistema mixto conformado por tres subsistemas principales:

- Subsistema de base tributaria, para los servicios de salud que presta el Gobierno, principalmente mediante las entidades prestadoras del Ministerio de la Salud Pública (MSP).
- Sistema público de Seguro Social de Salud, orientado al sector formal, sea general (IESS) o específico (ISSFA, ISSPOL, SSC) y financiado mayormente mediante contribuciones.
- Subsistema privado, con seguros privados y pagos de bolsillo.

**Gráfico 7.- Modelo de Financiamiento del Sistema de Salud en Ecuador**



Como se puede observar, el financiamiento de las entidades públicas del gobierno (MSP; MIES, ME; gobiernos locales) proviene de fuentes fiscales, en el caso de las entidades públicas, del Sistema Nacional de Seguridad Social. La financiación se realiza a través de cotizaciones pagadas por los empleadores y trabajadores. Mientras tanto, los seguros privados y otros esquemas prepagos solo son accesibles a los estratos de altos ingresos. Los hogares de ingresos bajos también participan en el financiamiento del sector privado en salud a través de pagos directos al punto de servicios cuando sus demandas no han sido satisfechas por el sector público.

Se entiende que 100% de la población es derechohabiente del MSP. Pero, aún si en teoría la cobertura del MSP se extiende a toda la población, se considera en general como específica del MSP a la población abierta, es decir aquella que no está cubierta por un seguro de salud (privado o público).

En el sistema de seguros públicos, el actor más fuerte es el IEES, con una presencia del 65,7% de los derechohabientes del sistema. Y cuando esto se suma los asegurados del SSC, el porcentaje llega al 89,3% del total de asegurados. Su importancia también se refleja en el presupuesto anual para la salud, que sobrepasa el presupuesto del MSP (Illescas, 2014).

En el marco constitucional del financiamiento de la salud la Constitución del 2008 señala en su Art. 366 que los recursos deberán provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado y que se distribuirán con base a criterios demográficos y epidemiológicos. Además, define el tipo de instituciones que pueden recibir fondos del Estado. En el Art. 295 se asignan preasignaciones presupuestarias al sector salud, lo que garantizaría la disponibilidad de recursos para financiar una red pública de servicios en el contexto de la Transformación Sectorial. Adicionalmente, la Transitoria 22 especifica el porcentaje del PIB asignado para salud, 4 % y su incremento anual, lo que representaría alrededor de USD 240 millones más cada año.

En el Art. 298 se establecen preasignaciones presupuestarias destinadas a los gobiernos autónomos descentralizados, al sector salud, al sector educación, a la educación superior, y a la investigación, ciencia, tecnología e innovación en los términos previstos

en la ley. Las transferencias correspondientes a preasignaciones serán predecibles y automáticas. Se prohíbe crear otras preasignaciones presupuestarias.

En el Art. 366 el financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, deberá provenir de fuentes permanentes del presupuesto General del Estado. Los recursos públicos distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

El Estado financiara a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas sin fines de lucro y privadas sin fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Las fuentes de financiamiento del SNS en Ecuador, se identifican en la Tabla 6.

**Tabla 6.- Fuentes de Financiamiento del Sistema de Salud en Ecuador**

Sector publico	Sector privado	Sector externo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuestos generales</li> <li>• Impuestos específicos</li> <li>• Cotizaciones a los seguros sociales públicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primas a algún tipo de seguro privado</li> <li>• Copago por servicios asegurados</li> <li>• Pago directos por servicios prestados</li> <li>• Pagos complementarios (medicamentos, insumos)</li> <li>• Primas al seguro de accidentes de transito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos de cooperación</li> </ul>

Fuente: MSP, 2014

No hay copagos para los derechohabientes en el sistema público, salvo el caso de ciertas categorías de prestaciones o dependientes en los subsistemas SSFA e ISSPOL. En términos de aportes fiscales, al momento se impulsa una nueva reforma tributaria (tasas sobre alcohol, tabaco, etc.) que le permitirá al Estado recaudar más de 350 millones de dólares para, entre otros proyectos, modernizar el sector de la salud.

En el sector público los aportes son del gobierno nacional. No se registran aportes financieros a la Salud Pública desde los gobiernos subnacionales (provincias, municipios) por lo que no tienen esta competencia.

En el caso de las contingencias de enfermedad y maternidad de la seguridad social, cada instituto asegurador específico (IESS, ISSFA ISSPOL) recauda las cotizaciones y les agrupa en su “fondo” propio para que sean utilizadas para financiar las atenciones del grupo cautivo que corresponde a ese instituto. Lo mismo para los aseguradores privados y también hay un sistema en paralelo para el MSP, lo que es característico de un sistema segmentado.



## CAPÍTULO VII. LA EVOLUCIÓN DEL SNS EN ECUADOR

Retomando los principales objetivos de este trabajo, la intención del mismo es aportar cierto norte sobre: ¿Qué tipos de cambios y por qué se produjeron finalmente en los distintos componentes de la reforma? La respuesta a esta pregunta permitirá explorar hacia dónde se está reestructurando la matriz de bienestar en un país de renta media en contexto de crecimiento económico como Ecuador.

Para ello se plantearon algunos modelos de entrevistas a autoridades y responsables de procesos gobernantes y agregadores de valor entorno al Sistema Nacional de Salud de Ecuador, quienes podrían enriquecer el presente trabajo (ANEXO).

Personajes entrevistados:

- 3 altos cargos públicos pertenecientes al Ministerio de Salud Pública
- 1 alto cargo del CONASA.
- 3 académicos especializados en políticas de salud o en gestión pública.
- 1 asambleísta de la Comisión de Salud .
- 1 ex ministro de Salud.
- 1 ministra de Salud.

Debido a que algunas de las entrevistas previstas originalmente no pudieron ser realizadas, los distintos perfiles, posturas y en algunos casos opiniones de otros actores relevantes se consiguieron a partir del relevamiento de declaraciones de prensa y de las actas de la asamblea en especial la comisión de salud en las cuales se discutieron las principales leyes presentadas aquí y los informes de rendición de cuentas de las Instituciones involucradas (CONASA; MCDS, MSP).



### *7.1. El Sistema de Salud ecuatoriano como Ejemplo de Tenacidad Institucional*

La mayoría de la literatura sobre Neoinstitucionalismo Histórico aplicado a las reformas de los regímenes de bienestar en general, y de los sistemas de salud en particular, está centrada en contextos de crisis y en medidas que tienen como principal objetivo recortar y/o privatizar los esquemas existentes (Mahoney & Thelen, 2010; Pierson, 2001; Hacker, 2005). En este sentido, los análisis muestran cómo los marcos institucionales existentes configuran diferentes mecanismos que dificultan la implementación de dichos cambios, o por el contrario, determinan que los promotores de las reformas busquen otro tipo de alternativas, más graduales e incluso solapadas, para alcanzar sus objetivos.

Es en este sentido que la transformación del SNS en Ecuador aparece como un caso interesante dentro de este tipo de literatura, ya que el mismo viene a ofrecer evidencias vinculadas con el rol de las instituciones y su legado histórico en una reforma cuyos objetivos principales no se encuentran orientados al recorte sino a la expansión, tanto de beneficios y recursos, como también al fortalecimiento del actor estatal en el conjunto del sistema. Por lo tanto, la intención de este trabajo es dar cuenta de ciertos procesos de cambio y reforma institucional en un contexto que no es el de austeridad permanente.

Repasando algunos de los principales hitos presentados a lo largo de este trabajo, se podría decir que la dependencia del camino desarrollado en Ecuador en materia de salud puede ser caracterizada por una gran fortaleza estructural del Estado. De gran ayuda para el inicio de este proceso y su posterior retroalimentación o rendimientos crecientes, el fortalecimiento del desarrollo social en el Ecuador ha permitido fundamentalmente la provisión, regulación y financiamiento del mismo (Wendt, 2009). “A lo largo del siglo XX fue la conformación de un sistema bastante fragmentado, con claros rasgos bismarckianos vinculados a la existencia de diferentes seguros de salud, en el cual las instituciones de asistencia públicas estuvieron destinadas a cubrir la atención de aquellas personas que carecían de los recursos necesarios para hacer frente a los costos de atención en los prestadores privados con y sin fines de lucro” (Académico 1, 2014).

Esta fragmentación, e incluso trialización del sistema también es identificada por algunos de los entrevistados:

“La atención de la salud en Ecuador históricamente se han desarrollado en tres caminos totalmente separados. Uno es el camino de la atención pública, donde históricamente se atendieron gratuitamente los pobres de la sociedad, los seguros sociales los cuales atienden a los burócratas del estado, policías y fuerzas armadas; y el otro es la atención privada, donde se atiende el sector de la sociedad que puede pagar por sus servicios. Esa es la raíz histórica” (Asambleísta 1, 2014).

Estas características del entramado institucional del sistema han operado a lo largo del tiempo, en algunas ocasiones como puntos de veto, pero por otra parte también han condicionado fuertemente las diferentes opciones de reforma disponible. En este sentido, las alternativas que se alejen demasiado de la estructura vigente difícilmente logren ser viables políticamente, como consecuencia de que las transformaciones implícitas a estos cambios radicales van a despertar mayores resistencias entre los diferentes actores. En buena medida, esto se debe a que el camino existente ha ido generando una serie de rendimientos incrementales entre los promotores y beneficiarios de este punto de equilibrio, y que por ende han estado reforzando sus recursos de poder, y consecuentemente los costos asociados a un cambio de las condiciones.

Claramente, este es el caso del Ecuador, cuya centralidad en el Sistema Nacional de Salud es prácticamente incuestionable, más allá de los problemas en materia de atención, gestión y financiamiento que ha mostrado. Si se retoma el repaso realizado en el Capítulo V de los diversos intentos de reforma a lo largo del siglo XX en Latinoamérica, justamente partían de este hecho para intentar construir un esquema que potenciara a estos prestadores. En definitiva, ni la privatización completa del sistema ni su estatización, han sido opciones concretas para la clase política ecuatoriana, ya fueran gobiernos de derecha o de izquierda.

El resultado de la combinación de esta situación fue la construcción, a lo largo de casi todo el siglo XX, de un sector público con escasas capacidades institucionales tanto desde el punto de vista administrativo como político para ejercer efectivamente como rector del sistema; además de que en relación con la provisión, el subsistema público quedó relegado a un rol residual y de corte netamente asistencial.

Este hecho condicionó los posteriores pasos realizados por las autoridades públicas, ya que era necesario fortalecer el sector público, en líneas generales la articulación de la atención pública con los seguros sociales permite la creación de la red pública integral de salud la misma que atiende cerca del 70% de la población ecuatoriana, mientras que el otro 30% de la población lo atiende la red complementaria, incidiendo en aspectos regulatorios y capacidad de veto de algunos autores.

Con la consolidación de estos dos subsistemas dentro del Sistema Nacional de Salud, permitirá “la optimización de recursos, la generación de normas y sistemas de soporte estandarizados y principalmente mejorar el financiamiento y sostenibilidad del sistema a nivel territorial” (Ex Ministro 1, 2014).

Como contrapartida, los sucesivos intentos a lo largo del siglo XX de formular algún tipo de modelo de atención en salud, universalizando la cobertura, no solo no lograron prosperar, sino que ni siquiera pasaron la instancia de comisiones dentro del Poder Legislativo. En un contexto caracterizado por gobiernos que no son mayoritarios pero que además son dirigidos por partidos que a su interior presentan diversas fracciones, dificultaba enormemente la conformación de las coaliciones políticas de apoyo necesarias para promover cualquier tipo de cambio. Sin llegar al extremo planteado por Steinmo y Watts (1995) en relación al caso de Estados Unidos, donde la incapacidad de los diferentes gobiernos para promover cambios en el sistema de salud se debe fundamentalmente al complejísimo sistema de contrapesos y puntos de veto institucionales, sin importar demasiado la naturaleza de la propuesta ni las mayorías legislativas del gobierno.

Si bien el sector de la salud en Ecuador en los últimos años, ha sido caracterizado como un sector en constante evolución, mismo que está pasando por diferentes instancias de cambio. En definitiva, reconocer teóricamente y observar empíricamente que diferentes actores, colectivos e individuales, tenderán a resistir determinados cambios debido a que los mismos invierten mucho tiempo y recursos en adaptarse al funcionamiento de las instituciones (Steinmo, 2008); no inhibe que de cualquier manera se produzcan cambios en las diferentes instituciones. Algunos de estos cambios, en su gran mayoría de corte gradual, son repasados a continuación.

## *7.2. Cambios Graduales en Contexto de Crisis Permanente*

Buena parte de la literatura revisada en este trabajo reconoce que a pesar de que efectivamente puedan existir diferentes condiciones que dificulten, o sencillamente bloqueen ciertas transformaciones, hay algo que estas reglas no pueden controlar: su entorno. Por lo tanto, incluso en los escenarios más congelados, una crisis financiera, la aparición de una nueva epidemia, o el aumento constante del desempleo, pueden terminar presionando por ajustes en las instituciones, sencillamente por razones de supervivencia. De alguna manera, esto fue lo ocurrido en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano entre la victoria electoral de Alianza País en el 2007 y la Constitución de la República del Ecuador del 2008.

Los cambios identificados, de corte gradual, fueron transformando buena parte de la fisonomía del sector en su conjunto. A la hora de caracterizar los mismos, en su mayoría podrían ser considerados como un caso de desvío (Streeck & Thelen, 2005), en el sentido de que fueron producto de transformaciones en el entorno y no de movimientos en las condiciones en las que los servicios eran ofrecidos. Así, el deterioro del proceso de crecimiento económico sobre fines de la década de los noventa, con su correlato en el aumento del desempleo y de los niveles de pobreza, determinaron la migración de una importante cantidad de personas desde el subsector privado al subsector público. Este hecho, producto de la estructura bismarckiana del esquema de aseguramiento, centrada en la pertenencia al mercado formal de trabajo del asegurado, cambió de forma sustantiva la importancia de los prestadores públicos, al tiempo que determinó que los recursos de los mismos resultaran insuficientes para la correcta atención de su nueva masa de usuarios. Es que en este período terminaron confluyendo dos factores que se retroalimentaron: aumento de usuarios con disminución o congelamiento del presupuesto disponible.

Sin lugar a dudas, uno de los principales motivos que oficiaron como catalizadores del cambio fue la situación de crisis que vivía tanto el sector de la salud en particular, como en general el resto de actividades económicas y sociales del país durante los años previos al triunfo electoral de Alianza País. En este punto, el caso ecuatoriano parece alinearse a los trabajos centrados en la conformación de equilibrios puntuados o fuertes

períodos de crisis como catalizadores de cualquier tipo de reforma de corte institucional (Steinmo, 2008, Pierson & Skocpol, 2008). La crisis no hizo más que precipitar la realización de algún tipo de intento por revertir estas condiciones, independientemente de qué partido fuera a gobernar.

“De manera que este nuevo contexto vino a generar un cambio en la predisposición a la reforma de los diferentes actores: en la medida de que la reforma se tornó inevitable, el camino más razonable ya no era oponerse a la misma por parte de la minoría, sino intentar ajustar sus contenidos a los intereses propios” (Académico 2, 2014).

De modo que parte del amplio apoyo generado por los promotores de la reforma comienza a verse también fuertemente condicionado a los alcances que posteriormente adquiriera la misma en relación a los intereses de estos actores.

Sin embargo, la situación de crisis no puede ser considerada como la variable explicativa de la reforma del sistema de salud en Ecuador, por el simple hecho de que la crisis en el sector no fue, ni es algo nuevo ni coyuntural, sino estructural. Pero dicha situación no había derivado hasta el momento en ninguna reforma (D’Elia & Quiroz, 2010). Es por eso que se torna necesario indagar en otros factores que pueden haber posibilitado la aprobación de estos cambios. En ese sentido, otra explicación relativamente sencilla de este proceso se podría dar a partir del hecho de que Alianza País llegó al poder en el Ejecutivo y teniendo la mayoría de asambleístas en el Legislativo. Sin embargo, nuevamente este hecho por sí solo no permitiría dar cuenta de las razones por las cuales buena parte de los diversos puntos de veto existentes en esta política no se activaron durante la aprobación de las sucesivas leyes. Y sería demasiado ingenuo considerar que los mismos fueron simplemente evitados por la existencia de dicha mayoría.

El escenario de crisis permanente que vivía el sector de la salud ecuatoriano desde hacía ya varias décadas, fue configurando una serie de diagnósticos ampliamente compartidos en relación a las causas de la misma (Antón Pérez, 2009). Sin embargo, a pesar del diagnóstico compartido por los diferentes actores y de que muchas de las propuestas de reforma no diferían sustantivamente entre los mismos no fueron capaces de arribar a propuestas que nuclearan y dieran sustento para la formación de algún tipo de coalición

reformista. De modo que una de las posibles razones de estos bloqueos puede haber sido la desconfianza existente entre ellos, mientras que por otro lado, cabría la posibilidad de que más allá de las titulares y grandes líneas de acción, las diferencias de fondo estuvieran presentes y no habilitaran el acuerdo. En definitiva, parece útil para observar dicho escenario la noción presentada anteriormente de que los actores dentro de los subsistemas tenderán a interpretar los acontecimientos de una forma que termine favoreciendo sus propios intereses.

La adopción de una u otra estrategia de reforma, y la posibilidad de que se construya una coalición reformista, dependerá en buena medida de la lectura de la crisis que realicen los diferentes actores involucrados; y dicha lectura estará influida fuertemente por los valores y creencias que estructuran a este conjunto de actores, debido a que esas ideas son las que aportan los lentes con los que se observa e interpretan los hechos. En este sentido, las coaliciones y sus integrantes tenderán a leer los impactos de la crisis y a construir alternativas políticas para salir de la misma, como formas de reafirmar las condiciones y posiciones de poder existentes. Por lo tanto, la coalición dominante antes de la reforma, tenderá a promover transformaciones en la medida en que se produzca algún tipo de cambio en las ideas de la misma que la lleve a visualizar dicho proceso como una oportunidad de fortalecer o consolidar su predominio (Nohrstedt & Weible, 2010). En el sistema de salud ecuatoriano, claramente el MSP, los Seguros Sociales, los GADs, las universidades y los gremios médicos han sido los actores centrales por excelencia. Dado que la lectura de la crisis del sector por parte de estos actores estuvo concentrada en aspectos siguiendo la lógica mencionada anteriormente, parece lógico que el alineamiento detrás de un proyecto de reforma se produciría a partir de que las mismas percibieran en la propuesta una oportunidad de mejorar sus ingresos.

El resultado de esta situación en el caso ecuatoriano podría ser el siguiente: todos los actores acordarán la articulación de la Red pública integral de salud y la Red complementaria dentro del Sistema Nacional de Salud, mientras algunos actores esperan de él que se constituya en la fuente de los recursos financieros necesarios para sobrevivir, otros pueden verlo además como la oportunidad de universalizar la cobertura de atención de salud (el gobierno). Perfectamente este podría haber sido el caso de algunos de los acuerdos construidos sobre el Sistema Nacional de Salud en Ecuador, y si bien las diferentes posturas podrían convivir entre sí, lo cierto es que también cabe la

posibilidad de que tarde o temprano estos objetivos entren en conflicto. Es por eso que al momento de determinar el peso de los actores en la reforma, además de observar las medidas que finalmente fueron aprobadas por vía legislativa, también se torna necesario prestar especial atención a la secuencia de la implementación de los cambios.

### *7.3. Gran Coalición para Desarrollar las Reformas*

En relación a la transformación y potenciación del Sistema Nacional de Salud, el primer punto a destacar es que efectivamente el gobierno de la Revolución Ciudadana logró aprovechar la enorme ventana de oportunidad en el sector de la salud que se abrió con su victoria. En líneas generales, se cumplieron todas las condiciones que cualquier manual de una reforma exitosa debería tener (Del Pino & Colino, 2006): situación previa de crisis sectorial que había predisposto al conjunto de actores a un cambio de envergadura; mayoría legislativa en la asamblea de un partido político del ejecutivo fuertemente disciplinado; cercanía programática e ideológica con los principales sindicatos del sector; y una propuesta de reforma elaborada en forma conjunta con buena parte de estos actores, entre otras (Rodríguez Cabrero, 2002). En términos de Hassenteufel et al (2010) el caso ecuatoriano presentó una clara “coalición programática” en el sentido de que los promotores de la misma conformaban un grupo bastante diversos de actores, provenientes de diferentes esferas políticas, sindicales o académicas, pero que además no necesariamente participaron luego de la implementación de la propuesta elaborada.

270

---

Estos actores programáticos identificados por los autores, constituyen un esfuerzo por complementar los análisis institucionalistas más puros en relación a los diferentes procesos de cambio gradual. En cualquiera de las configuraciones presentadas también reconocen elites programáticas y equipos programáticos, se trata de actores colectivos estructurados en torno a un paradigma de cambio, y no simplemente a un interés concreto.

“...hay que tratar de explicar un poquito mejor como se da la transformación del Sistema Nacional de Salud. Me parece que eso es algo bastante radical, pero que además le dio sustento, porque si la propuesta venía por ejemplo del lado de un seguro

estatal o del lado contrario de la privatización, ninguno hubiera sido un camino aceptable. Creo que ese consenso se empieza a generar sobre todo en el movimiento sociales y el gobierno, ahí Malo tiene un papel fundamental por haber sido el asesor en ese momento de la OPS/OMS en Ecuador. Pero es a partir de ahí que se va generando el ambiente reformista en el marco de una propuesta de sistema mixto”..... (Alto funcionario público 1, 2014)

Reforzando esta consideración vinculada a la conformación de la coalición de apoyo de la propuesta de reforma, otro de los entrevistados también reconoció a los actores sectoriales como actores muy importantes en la elaboración de la idea de la reforma y el posterior apoyo al nuevo gobierno.

“... la comisión de salud de la Asamblea Nacional Constituyente en el periodo 2007-2008, conjuntamente con los movimientos sociales, son los que van coagulando la idea de la evolución del Sistema Nacional de Salud. Pero yo diría que el diseño se completa y materializa en la Constitución del 2008(...) Y ahí queda bosquejada la propuesta. Si uno revisa la nueva carta magna, ya visibiliza el SNS, el modelo de financiamiento, etc. Eso se junta con muchas de las políticas pública adoptadas por el gobierno con el fin de potenciar las políticas sociales en el Ecuador”. (Alto funcionario público 2, 2014)

Muchas veces, la consolidación de una amplia coalición programática como la que promovió el gobierno de la Revolución Ciudadana - Alianza País puede llevar a que algunas de las soluciones propuestas dentro del paradigma de cambio adoptado, no aparezcan estrictamente vinculadas a problemas concretos ya identificados (Hassenteufel et al, 2010). Dentro del sistema ecuatoriano, este punto podría observarse en el caso de la propuesta de descentralización y desconcentración de los principales proveedores públicos: MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL de planta central. Dicho cambio constituyó una novedad del gobierno de la Revolución Ciudadana. Estas propuestas de descentralización y desconcentración no necesariamente se parecían demasiado entre sí. Sin embargo, estas ideas se fueron instalando discursivamente entre la clase política ecuatoriana y los diferentes actores sociales, casi como una cuestión de sentido común.

El correlato de esta situación fue que esta medida finalmente fue adoptada, aunque hasta cierto punto se hizo de forma cíclica, alineándose a la planificación territorial de la



Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - SENPLADES, y el Plan Nacional de Desarrollo que en Ecuador se llama Plan Nacional del Buen Vivir o Sumak Kawsay en quechua, En este contexto el proceso de reforma en el sector salud, en el marco del proyecto de transformación del Estado no es un aspecto desapercibido, ya que implica pasar de una institucionalidad de direcciones y áreas de salud a otra, de coordinaciones zonales y direcciones distritales de salud teniendo como ejes dinamizadores, el nuevo modelo de planificación territorial dispuesto por la SENPLADES y un nuevo modelo de gestión institucional establecido como política pública del ejecutivo. Los tres altos funcionarios públicos entrevistados manifestaron que la situación económica y la inversión social permitieron la aceleración de las diferentes reformas del sector.

La coalición mencionada estuvo compuesta por aquellos actores afines ideológicamente al gobierno de la Revolución Ciudadana - Alianza País. Con el inicio del nuevo gobierno en el 2007, la convocatoria al Consejo Consultivo para el potenciamiento del SNS tuvo como principal objetivo recuperar la rectoría del MSP y trabajar en las reformas del SNS. La institucionalización de este espacio, que le abrió la puerta a las empresas del sector, así como también a ciertas asociaciones de la sociedad civil, constituyó la génesis de la propuesta reformista finalmente aprobada, pero al mismo tiempo pudo haber determinado su propio bloqueo a la hora de ser implementada. “... el consejo consultivo fue bueno; era un ámbito relativamente transparente donde estaban sentados todos y se veían las caras, y además también existían bilaterales entre el gobierno y los actores centrales. Así se fue generando una práctica de sociabilidad buena porque nosotros íbamos avisando lo que se estaba por hacer y en qué sentido se estaba pensando las reformas, y el resto de actores podía patalear e incluso cambiar algunas cosas”. (Alto funcionario público 3, 2014)

Las razones de esta valoración pueden ser varias, pero fundamentalmente se centran en dos cuestiones: por un lado, el nuevo espacio vino a oficiar como un punto de veto adicional a los ya existentes en el entramado institucional ecuatoriano, donde los actores con mayor poder de presión podían incidir sobre las decisiones que atentaran contra dicha configuración. Tal es el caso por ejemplo de la incorporación de las empresas prestadoras al directorio del CONASA, que como ya se presentó, es la institución encargada de ejercer la regulación del sistema, por ejemplo a partir del seguimiento en el cumplimiento o no de las metas asistenciales. La presión de estos actores le permitió,

en tanto regulados, participar dentro del órgano regulador. En un contexto de opacidad en relación al funcionamiento de los prestadores, tanto públicos como privados en concordancia a la gestión de sus recursos humanos y financieros, que pueden llevar rápidamente a la captura de esta institución.

Este punto nos lleva a la segunda cuestión a destacar: dentro del sistema de salud ecuatoriano, dada la forma en que el mismo fue configurado, se podría decir que uno de los puntos de veto más importantes se encuentra en la etapa de implementación, porque es en esta instancia en la que varios de los actores con mayores recursos de poder para movilizar médicos o empresas prestadoras por ejemplo entran en escena. Esto determina que la gestión de las políticas públicas y en particular las políticas sanitarias puede ser utilizada para bloquear los cambios propuestos. De nuevo, sin un regulador fuerte, con las capacidades necesarias en términos de generación y análisis de la información necesaria para tomar decisiones por ejemplo, los principales prestadores podrán bloquear la gran mayoría de los cambios sin pagar demasiados costos.

Una muestra de ello es la fijación del primer conjunto de metas asistenciales para la firma del contrato de gestión entre el CONASA y las diferentes instituciones. “A la hora de fijar la línea de base a partir de la cual evaluar el cumplimiento de las metas, el Ministerio le pidió a cada proveedor que determinara su propia línea” (Alto funcionario público 4, 2014). Si bien la justificación de esta medida se encontró por el lado de evitar perjudicar la viabilidad de ciertos prestadores, pidiéndole estándares para los cuales se requería demasiada inversión; lo cierto es que algunos terminaron fijando una línea de base que se encontraba por debajo de los niveles de atención presentados en ese momento. Por lo tanto, los supuestos incentivos a la mejora de la atención y gestión que este instrumento trae asociados, se diluyeron casi por completo.

En este sentido, para ciertos directivos del movimiento sindical, este es un punto sobre el cual, el gobierno no ha profundizado lo suficiente: “...como ser en el cumplimiento de metas asistenciales no tiene que estar condicionado al estado de la institución o a que cobre o no, esto tendría que ser obligatorio, una política de Estado. Si usted tiene que cumplir la meta 1, lo tiene que hacer, no tener la posibilidad de tan solo no cobrar un dinero. Acá tendría que ser obligatorio porque de esta forma estamos con ciudadanos de clase A y clase B. Y esto se está dando, con, instituciones que optan no cumplir una

meta. Si decimos que queremos cambiar el modelo de gestión esto sería un puntal para que el Ministerio de Salud Pública exija a través de sus auditorías el cumplimiento de las metas. Esto es una definición política aprobada en el Consejo Nacional de Salud. La posición de la Federación es que estos temas no pueden discutirse: se tienen que cumplir.” (Miembro del Directorio CONASA 1, 2014)

En un sentido similar, lo ocurrido en Ecuador presenta también ciertas similitudes que vale la pena destacar en relación al tipo de cambios señalados por Sitek sobre las reformas de la salud en algunos países de Europa del Este luego de la disolución del bloque soviético (Sitek, 2010). Para este autor, el “retorno a Bismarck” observado en las reformas del sector tuvieron como eje prioritario el componente de financiamiento, mientras que en líneas generales los cambios vinculados a la provisión de los servicios de atención fueron bastante marginales.

Por otra parte, desde el punto de vista del proceso político, por supuesto que la mayoría legislativa es un factor muy importante, sobre todo cuando el grado de cohesión y disciplina interna del movimiento de gobierno eran muy fuertes en ese momento; así como también el ya citado acuerdo sobre la necesidad de acometer cambios en el sistema, a lo que debe agregarse en el caso ecuatoriano la gran cercanía ideológica y programática entre el gobierno y la central sindical. Pero si bien todos estos factores son muy importantes, y contribuyeron en mayor o menor medida a facilitar las reformas, lo cierto es que existen un par de procesos que destacan del resto: el momento de la negociación del SNS dentro del conjunto de iniciativas de cambio del nuevo gobierno (Pierson, 2006); y la opción de construir la propuesta en una serie de ámbitos institucionales con amplia participación de los diferentes actores involucrados en el sistema, a partir de los Consejos Consultivos para la transformación del SNS.

En relación al primer punto, el hecho de que la propuesta de reforma se discutiera pública y legislativamente casi en paralelo a otras iniciativas de cambio estructural como fueron la creación de la Red Pública Integral de Salud - RPIS y el Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, determinaron que algunos de los puntos más conflictivos de la reforma se procesaran sin tanta visibilidad pública.

El segundo aspecto mencionado puede ser caracterizado en líneas generales como un estilo flexible de reforma. Además de convocar durante el primer año de gobierno al Consejo Consultivo, hecho que por un lado reunió en un mismo ámbito a los diferentes actores sectoriales, pero también forzó de alguna manera a que las posturas e intereses de cada uno se hicieran públicos; la forma elegida para gestionar la reforma incluyó: mantener abiertos una multiplicidad de frentes que forzaran a los actores a desdoblarse, y que iban desde aspectos no negociables a otros puntos que admitían ciertos niveles de ajuste; los diferentes temas trabajados ofrecían una distribución diferente de costos y ganancias, como forma de no sobrecargar a un único actor; se intentó combinar la utilización de instrumentos técnicos, políticos y económicos (Rodríguez Cabrero, 2002).

#### *7.4. El Rol del Estado en Política Social*

Un punto divergente, o al menos un matiz, a señalar en relación a ciertos postulados de la teoría es el del vínculo entre la existencia de ciertas ideas predominantes o hegemónicas y la orientación del cambio. En este sentido, históricamente uno de los rasgos característicos de la sociedad ecuatoriana ha sido su fuerte componente estatista, que en el período analizado se vio reforzado además por la llegada al gobierno de un movimiento de las clases sociales, con una clara impronta de revalorizar y transformar el rol del Estado en los diferentes ámbitos de la vida económica, social y ambiental del país. Sin embargo, esta concepción ampliamente mayoritaria no logró traducirse en un quiebre de la estructura mixta tradicional del sistema de salud.

Entre las diferentes explicaciones o lecturas que se pueden realizar de este hecho, un punto interesante es que necesariamente se debe recurrir a considerar al Estado como un conjunto de múltiples actores, heterogéneos en su funcionamiento, pero también en relación a la valoración que la ciudadanía tiene de ellos. Porque para el caso ecuatoriano, independientemente de esta noción general de actitudes pro estatistas, en relación a la atención de la salud fundamentalmente en Quito, Guayaquil y Cuenca prima sobre ellas la mala evaluación que históricamente se ha hecho del funcionamiento y la calidad de servicios ofrecidos por los prestadores públicos, sumado a la connotación negativa en términos de estatus social que implica atenderse en estos centros, debido al tradicional rol residual ya mencionado. Por otra parte, también es

necesario retomar lo presentado en capítulos anteriores sobre el hecho de que dicha situación cambia radicalmente en varias zonas del interior del país, donde el prestador público es la referencia a nivel asistencial.

“De alguna manera, el fortalecimiento del rol del Estado en el sistema a partir de la actuación del Ministerio de Salud Pública vino a seguir la pauta tradicional de participación del sector público en el sistema: sin consolidarse como una alternativa al sector privado, sino como complemento u ocupando funciones muy específicas como la regulación del conjunto de proveedores” (Académico 3, 2014).

Por otra parte, en relación al aprendizaje natural de los diferentes actores tanto en relación a los diferentes procedimientos existentes como para el vínculo y confianza generada con los actores restantes un ejemplo bastante claro de esta lógica puede advertirse en relación a las propuestas de cambio en el modelo de gestión del sistema en general. El nuevo rol del MSP al que aspira alcanzar la reforma implica necesariamente una serie de cambios en las formas de relacionamiento del mismo con los diferentes actores, sean tanto privados como también públicos y los seguros sociales. Como además estos cambios implicarían mayor control del MSP sobre la actividad de las empresas, inevitablemente existirán resistencias a cualquier intento de intromisión a la libertad de empresa.

Pero las reformas en términos de la gestión no sólo se limitan a este punto, sino que además se encuentran vinculados por ejemplo a la ya tantas veces mencionada descentralización y desconcentración de las Unidades de Salud de control directo del MSP, y la articulación con las Unidades de salud de los seguros sociales, en línea con los cambios propuestos desde la Nueva Gestión Pública (Pollitt & Bouckaert, 2011). Por otra parte, también se encuentra presente dentro de la agenda reformista el avance hacia cierto grado de descentralización de los diferentes hospitales públicos respecto a la conducción política de las Unidades de Salud, con mayor autonomía de gestión para los directores de dichos centros entre otras medidas.

Este último punto mencionado, constituye potencialmente un factor muy importante de transformación del subsector público, en la medida que implicará cambiar radicalmente muchas prácticas afianzadas históricamente, o de lo contrario, comenzará a generar cada

vez mayores tensiones y conflictos en torno al nuevo modelo de gestión. Debido a todos los aspectos ya revisados, si este cambio logra ser movilizado políticamente constituirá un claro ejemplo de cambio por capas, en la medida en que será colocado sobre la estructura existente. El grado en que ambos esquemas logren complementarse, fusionarse o repelerse, dependerá en buena medida de varios factores entre los que se encuentran las posturas adoptadas por los diferentes actores y el liderazgo político entre otros.

Por otra parte, en relación al impacto de los cambios producidos por el SNS en términos del tipo de sistema de salud existente en Ecuador, si se toma como punto de partida la clasificación de sistemas de salud que realizan Wendt et al (2009) se puede advertir que el sistema de salud ecuatoriano presentaba antes de la reforma un claro predominio de las organizaciones sociales en la provisión de los servicios, el financiamiento del mismo se encontraba repartido entre las contribuciones directas de las familias es decir, actores privados los recursos provenientes de los aportes a la seguridad social, y en menor medida también existía un componente público proveniente de rentas generales; al tiempo que la regulación, aunque escasa, se encontraba legalmente en manos del Estado. En definitiva, desde este punto de vista se podría clasificar a este sistema como uno de carácter mixto, con predominio de los actores sociales.

Al observar el sistema posteriormente a la transformación del SNS, se puede decir que en términos de provisión se ha reforzado el papel de los prestadores públicos – RPIS y que en relación al financiamiento, los cambios que se produjeron estuvieron orientados a ir aumentando el peso de las contribuciones provenientes de rentas generales y de la seguridad social, cambiando entonces el componente mayoritario de carácter privado por uno de carácter público. De esta manera, se vieron reducidos fuertemente los aportes directos de las familias. Finalmente, se comenzaron a producir esfuerzos en pos de fortalecer la regulación estatal sobre el conjunto del sistema, determinando que en síntesis, en un sistema mixto Bismarck-Beveridge Un sistema con asistencias y cobertura universal, que van a un fondo nacional que contrata proveedores para suministrar beneficios, con un mecanismo de control por pacientes y contribuyentes.

Esto no hace más que reforzar las consideraciones vertidas en párrafos anteriores en relación al alcance de la reforma.

El presupuesto del sector social se destinó a incrementar las coberturas y mejorar la calidad de los servicios que el Estado ofrece a través de sus ministerios y entidades. El Gobierno Nacional priorizó el mejoramiento y construcción de infraestructura en educación, salud, Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBVs) y vivienda social. De esta manera, el Estado ha promovido la inclusión económica de los grupos de atención prioritaria a través de la entrega del bono de desarrollo humano (BDH), y pensiones asistenciales para adultos mayores y personas con discapacidad. Adicionalmente, se apoyado a la población migrante y sus familias. Para mejorar las condiciones de vida y reducir los índices de sedentarismo promovimos el deporte y la actividad física como medios centrales para generar hábitos saludables (MCDS, 2012).

“La inversión social se triplico en el gobierno de la Revolución Ciudadana – Alianza País, desde la llegada al poder del gobierno, el desarrollo social se ha convertido en uno de los pilares fundamentales en la política pública, traduciéndose en acciones concretas de atención a las personas en situación de vulnerabilidad, así como la promoción, garantía y el restablecimiento de derechos como condiciones necesarias para la equidad social”. (Alto funcionario CONASA 1, 2014)

**Gráfico 8.- Inversión Social**  
(En millones de dólares)



Fuente: eSigef, 2014

El gasto permanente desde el cual se financia la provisión de los servicios públicos, mantiene un incremento promedio anual del 16% en este período, que permitió la ampliación de la cobertura y calidad de los servicios.

Para garantizar la efectividad de la inversión, es necesaria la planificación intersectorial que no es posible sin una institucionalidad que coordine y de respuesta conjunta a las problemáticas sociales, este es el rol del Ministerio Coordinador del Desarrollo Social (MCDS, 2014).

### Gráfico 9.- Distribución del Presupuesto del Sector Social

(En millones de dólares)

INSTITUCIÓN	EJECUTADO 2013
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	3.296,57
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	2.149,90
MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL	1.362,86
MINISTERIO DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA	260,29
MINISTERIO DEL DEPORTE	177,58
MINISTERIO COORDINADOR DE DESARROLLO SOCIAL	28,34
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA	23,94
VICE-MINISTERIO DE MOVILIDAD HUMANA *	10,77
INSTITUTO DE ECONOMÍA POPULAR Y SOLIDARIA	10,45
AGENCIA DE REGULACIÓN Y CONTROL SANITARIO	2,26
INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRANSPLANTE DE ÓRGANOS	1,05
<b>TOTAL</b>	<b>7.323,99</b>

279

Fuente: eSigef, 2014

El Ministerio de Salud Pública, es quien ejerce plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

La ministra de Salud, Carina Vance, menciona que en el Ecuador del pasado la salud pasaba muchas veces a segundo plano. “Hoy por hoy, buscamos dar una atención integral”, acotó la secretaria de Estado, quien añadió que Ecuador impulsa actualmente que “los centros de salud estén cerca de la ciudadanía, con vías de acceso adecuadas y pensando en el perfil epidemiológico de cada territorio”.

Asimismo, mencionó que este año están formándose 550 nuevos médicos generales en medicina familiar y comunitaria, para tener el mejor personal capacitado en los centros

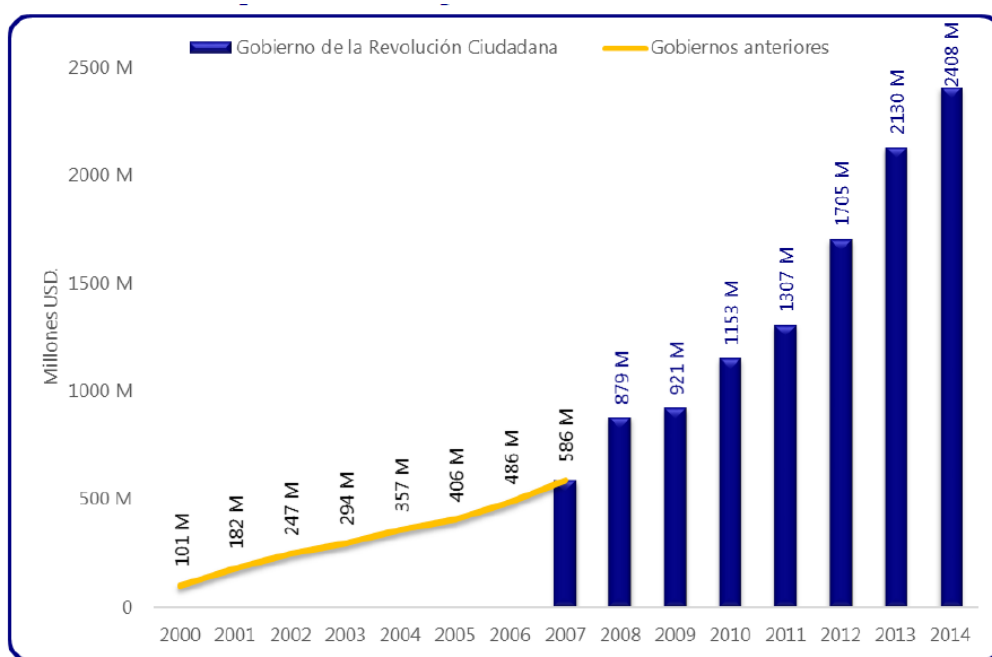


de salud. En Ecuador, en 2007 hubo 16 millones de atenciones en salud (INEC, 2007), mientras que en 2013 se registraron alrededor de 40 millones, con una cifra similar este año.

Es importante mencionar que para el año 2014 el Gobierno de la Revolución Ciudadana ha invertido 2.408 Millones de dólares, mientras que el presupuesto en los gobiernos anteriores del 2000 al 2006 es en total de 2.072 Millones de dólares menor a lo invertido en un solo año de gestión, ya que la inversión total durante el periodo de la Revolución ciudadana de 2007 al 2014 es de 11.089 Millones de dólares lo que representa un 435% más que en gobiernos anteriores como se visibiliza en el grafico posterior (MCDS, 2015).

**Gráfico 10.- Presupuesto de Salud 2000-2014**

**(En millones de dólares)**



Fuente: eSigef, 2014

El MSP generó el marco normativo para licenciamiento de los establecimientos de salud y control posterior a los establecimientos sujetos a control y vigilancia sanitaria, y a los productos de uso y consumo humano. Al igual que normas técnicas para mejorar la calidad de las atenciones en el Sistema Nacional de Salud, entre ellas: norma asistencial docente, norma para la referencia y contrareferencia, y norma para el cuidado obstétrico y neonatal

El MSP dentro del mejoramiento continuo de la calidad se han desarrollado una serie de guías de práctica clínica para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto; Trastornos hipertensivos del embarazo; Infección de vías urinarias en el embarazo; Uso de sangre y hemocomponentes; Diagnóstico y tratamiento del aborto diferido, incompleto y espontáneo; Lupus eritematoso sistémico, fibrosis quística; Fenilcetonuria (tamizaje neonatal); Galactosemia (tamizaje neonatal); Enfermedad de Gaucher

El MSP dentro del proceso de acreditación de la calidad de las Unidades de Salud de Especialidades Médicas se ha logrado acreditar a 44 Unidades Hospitalarias, a través de la ONG Accreditation Canada International, con el objetivo de garantizar a los usuarios que los establecimientos acreditados estén en capacidad de ofrecer servicios hospitalarios eficaces, eficientes y efectivos. Además busca incentivar el manejo de las buenas prácticas para incrementar la seguridad del paciente.

El MSP ha generado una serie de nuevos sistemas de gestión de la salud como:

El SISalud - Sistema de Gestión Hospitalaria: Historia clínica digital y unificada, y procesos automatizados de referencia y contra referencia

El ARCSA: sistemas automatizados para registro sanitario y permisos de funcionamiento.

El INSPI: Instituto para Investigación en Salud.

GEOSALUD: Planificación territorial georeferenciada con población asignada.

ENSANUT - Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Lanzamiento del diagnóstico de la salud y nutrición a nivel nacional y territorial.

El MSP ha desarrollado una serie de normativas y reglamentaciones para el adecuado suministro de medicamentos y dispositivos médicos para las Unidades de Salud de la RPIS como:

- Sistema Nacional de Gestión de Inventarios.
- Sistema Nacional de Distribución de Medicamentos.
- Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.
- Régimen especial de medicamentos e insumos en la LOSNCP

El MSP ha desarrollado una serie de normativas y reglamentaciones para incrementar el talento humano médico para las Unidades de Salud de la RPIS como:

- Sistema de Planificación del Talento Humano para el SNS
- Régimen especial para Talento Humano en la LOSEP
- Plan Ecuador saludable Vuelvo por ti: Programa de repatriación médicos especialistas.
- Nuevo Modelo de Gestión por Procesos
- Manual de Puestos y Cierre de Brechas del talento humano
- Nueva Estructura Orgánica por Procesos
- Política de incremento salarial: aumento del 80%
- Equidad en la distribución de Jornadas Laborales a 40 Horas / Semanales
- Plan de Estabilidad Laboral
- Becas de formación en pregrado y Posgrado: 10 mil becas
- Implementación del Bono Geográfico y viáticos por residencia
- Formación de Gerentes Hospitalarios
- Certificación y re certificación de profesionales de la salud
- Plan de salud y seguridad ocupacional
- Desarrollo e implementación de la carrera sanitaria y Política Nacional de Talento Humano.

El MSP dentro de la promoción de la salud ha implementado una serie de políticas nacionales de referencia mundial como:

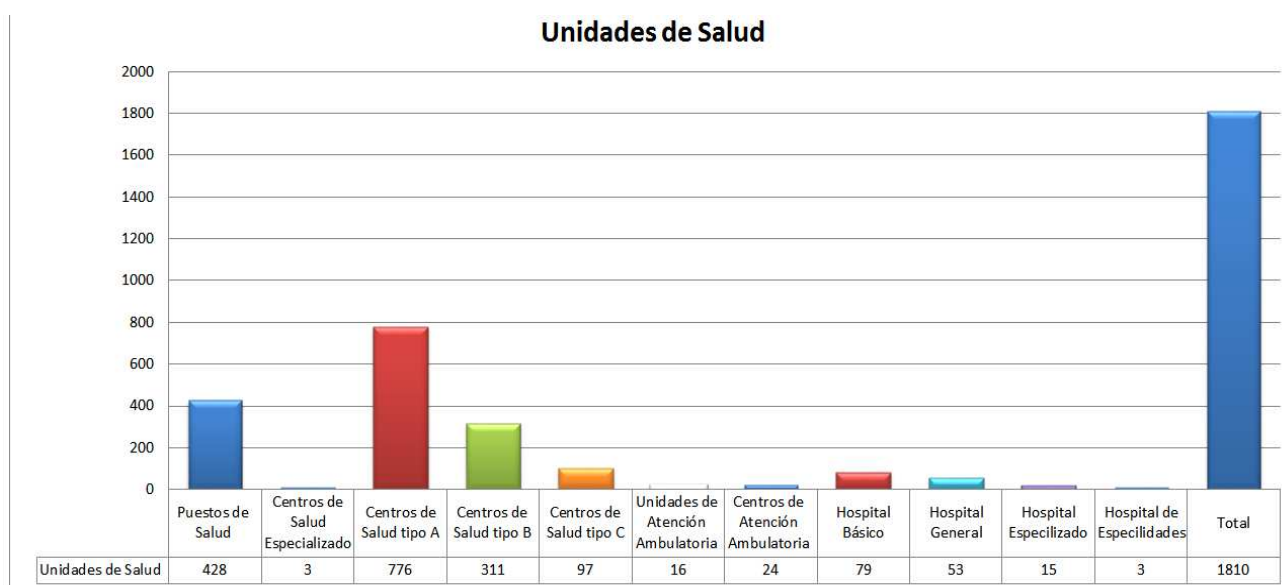
- Reglamento sanitario de etiquetado de alimentos procesados
- IHAN – Hospitales amigos del Niño: espacios de apoyo a la lactancia materna; banco de leche humana; salas de consejería en lactancia y alimentación complementaria; lactarios en hospitales, suplementación con micronutrientes.
- ENIPLA - Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar: información, educación y asesoría sobre sexualidad integral
- Campaña contra el Tabaco
- Políticas interculturales de salud
- Derechos y salud para atención a población GLBTI
- Comités locales de salud en Unidades Operativas de Primer Nivel
- Clínicas de rehabilitación o llamadas de desintoxicación cerradas

- Salud ambiental
- Programas prevención y manejo del Dengue, chikunguya y ebola
- Campañas de Donación de Sangre – Banco de sangre
- Inclusión en la ley donación de órganos: campaña todos somos donantes
- Desarrollo e implementación del software de calificación de discapacidades
- Entrega de ayudas técnicas: prótesis, implantes, cocleares, lentes, etc.

El MSP conjuntamente con la RPIS con el fin de desconcentrar la atención de la salud se ha fortalecido en el cierre de brechas de atención, por lo que en los años del Gobierno de la Revolución Ciudadana se ha hecho una inversión histórica y referente a nivel mundial con el fin de fortalecer las Unidades de Salud y distribuirlas en el territorio en función del nuevo modelo de gestión y la organización territorial.

La articulación intersectorial para la atención integral de las familias ha permitido desconcentrar y descentralizar la atención medica en el Territorio y fortalecer la capacidad resolutive. Para ello se ha equipado y mejorado las Unidades de salud Potenciando la Atención Primaria, en el grafico posterior se muestra la tipología de las Unidades de salud de la RPIS en el Ecuador.

**Gráfico 11.- Tipología de las Unidades de Salud de la RPIS**



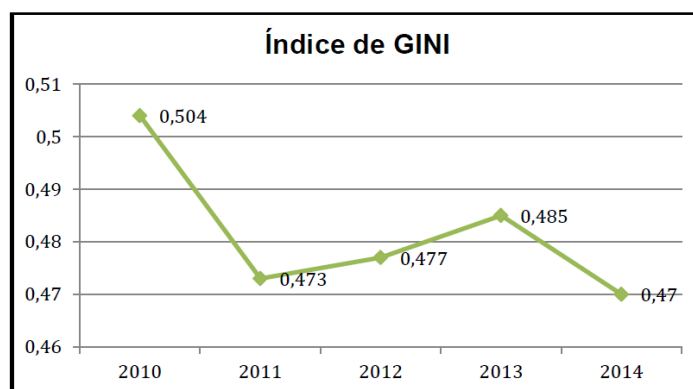
Fuente: GeoSalud, 2015

Elaborado: El Autor

El Ecuador cuenta con instrumentos de planificación integral que orientan sus políticas públicas, enfocados a promover el ejercicio de los derechos y la equidad. El Plan Nacional de Buen Vivir (2013-2017), la Agenda de Desarrollo Social al 2017, la Estrategia Nacional para la Igualdad y la Erradicación de la Pobreza, publicada en el año 2014, comprenden un esfuerzo técnico político para el cierre definitivo de brechas y la ampliación de oportunidades.

Esta visión programática y la gestión pública eficiente lograron efectos positivos en la construcción de un país más incluyente y equitativo. Así, se evidencia en la reducción de la pobreza por ingresos del 36,7% al 22,5% durante los últimos 7 años y en la extrema pobreza que pasó de 16,9% al 7,7% en el mismo periodo.

**Gráfico 12.- Índice de Gini de Ecuador**



Fuente: eSigef, 2015

Estos esfuerzos integrales e intersectoriales han colocado al Ecuador entre uno de los países más equitativos de la región. Según reportes de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el índice de Gini ha experimentado una reducción significativa como lo muestra el gráfico. Mientras un país se acerca a valor “cero”, en esta distribución, el indicador demuestra mayor equidad.

Se alcanzaron estos logros con una política de inversión que se caracteriza por el continuo incremento en la asignación de recursos en sectores como el de Desarrollo Social.

### *7.5. Consideraciones Finales*

En líneas generales, el caso del sector de la salud en Ecuador presenta prácticamente todos los factores y conceptos incluidos en la teoría para entender la estabilidad institucional. Sin embargo, como bien reconoce otra gran parte de la literatura revisada y presentada en este trabajo, dichas características no han impedido bajo ningún concepto la realización de cambios, por lo que el congelamiento aludido en varias ocasiones, en realidad es más virtual que efectivo. Esto se debe, como se ha desarrollado en los capítulos anteriores, a que la dependencia del camino y demás principios como el de rendimientos crecientes han determinado que los cambios efectivamente producidos se hayan atenuado en favor de las estructuras históricamente existentes. Se puede decir que el resultado de estos movimientos hasta el momento puede ser catalogado de transformación radical de adaptación y reconstrucción de la matriz existente.

En definitiva, si bien las nociones de dependencia del camino, rendimientos crecientes y efecto de bloqueo, características de los estudios que utilizan al Neoinstitucionalismo Histórico, se pueden advertir de forma clara para el caso ecuatoriano; también es cierto que de igual forma se pudo advertir cómo la victoria de Alianza País en la elección del 2007 constituyó una ventana de oportunidad muy importante para la introducción de reformas al igual que la Constitución del 2008, no sólo para el caso del sector de la salud sino para todo el sector de desarrollo social. De acuerdo a gran parte de esta literatura, se puede decir que en el caso ecuatoriano, el nuevo gobierno tenía todas las condiciones externas orientadas favorablemente para la implementación de una reforma de corte estructural. Este punto viene a confirmar que independientemente de la aparición o no de ciertas contingencias, las ventanas de oportunidad se abren mayoritariamente a partir de eventos institucionalizados como las elecciones.

Los esfuerzos políticos en materia de atención de la salud del gobierno de la Revolución Ciudadana – Alianza País estuvieron concentrados en la potenciación y transformación del Sistema Nacional de Salud - SNS. Tanto sus objetivos como sus principales líneas de acción, sumados a la postura reformista del gobierno en su conjunto, podría hacer prever que la misma avanzaría hacia una transformación estructural del sistema de salud ecuatoriano.

Dicho proceso fue exitoso a medida que logró promover amplios acuerdos políticos y sociales en un sector caracterizado por su virtual congelamiento y plagado de puntos de veto institucionales.

En relación a la pregunta plateada al inicio del capítulo sobre los tipos de cambios y razones de los mismos. La potenciación del SNS sí trajo aparejada diferentes cambios, muchos de esos implementados de forma relativamente exitosa como aquellos vinculados al modelo de financiamiento, pero los mismos colaboraron con la reproducción institucional (Streeck & Thelen, 2005) y recalibramiento (Pierson, 2006) del sistema construido históricamente en el país. Por lo tanto, el estudio de este caso permite advertir que en términos de política sanitaria, el caso ecuatoriano ofrece elementos para ratificar la utilidad del marco de análisis elegido en casos latinoamericanos, al tiempo que también parece confirmar que buena parte de las conclusiones que la literatura del Neoinstitucionalismo Histórico ha producido para contextos de retracción de los esquemas de bienestar, también son válidos para explicar reformas en contextos de ampliación o reconstrucción de Bienestar, ajenos a la austeridad permanente.

De manera que más allá de que muchos cambios han impactado más que positivamente en la cobertura y calidad de atención de amplios sectores de la población, lo cierto es que los cambios observados no constituyen avances hacia un cambio de paradigma, sino que por el contrario, los mismos han logrado recalibrar la estructura previamente existente, adaptándola a un nuevo entorno, y que solo en algunas dimensiones muy concretas ha comenzado a avanzar en ciertas transformaciones graduales que pueden derivar en el reemplazo de las instituciones existentes.

En este sentido, los cambios que con mayor facilidad y rapidez han logrado implementarse hasta cierto punto, son aquellos que aportaron soluciones a los problemas más frecuentes del sistema, implicando transformaciones de envergadura en relación al sistema anterior. Como son los cambios de los modelos de gestión y atención que han presentado importantes resultados e impactos en la ciudadanía ecuatoriana, evidenciando un trabajo programático y sistémico por parte del ente rector de la salud en el Ecuador.

Esto ha llevado a que algunos socios del gobierno como los sindicatos de funcionarios médicos y no médicos se sientan identificados por las políticas públicas que lleva el gobierno, ya que han sido favorecidos con aumentos de salarios, capacitación e incentivos por el cumplimiento de las metas establecidas, otorgándoles en plan de carrera profesional y un nuevo código que garantice su trabajo profesional.

Además de convertirse en un referente en la región por políticas implementadas por el ente rector de la salud como lo es por ejemplo el modelo de semáforo nutricional que todos los alimentos deben llevar para que la ciudadanía ecuatoriana conozca las características del producto y pueda elegir lo que realmente le beneficia a su salud.

El fortalecimiento del modelo anterior que trajo la reforma planteada en este trabajo, permite realizar una serie de cuestionamientos asociados a la viabilidad y sustentabilidad del sistema, como por ejemplo: ¿qué puede pasar con la capacidad de resistencia de la reforma ante cambios en las condiciones que facilitaron su implementación? Estamos en presencia de: una nueva crisis económica que dispare el número de desempleados, un futuro gobierno de Alianza País sin mayorías o un futuro gobierno sin Alianza País.

287

---

Dichos temas, así como también la comparación de este proceso con otros casos regionales, o incluso con otras reformas nacionales en diferentes ámbitos de política pública, serán materia de futuras investigaciones.

Para terminar, queda la pregunta del rumbo de la reestructura de la matriz general de protección social del país. Retomando los planteamientos de capítulos anteriores, Ecuador construyó a lo largo del siglo XXI una estructura de cierto universalismo estratificado, fuertemente corporativa, y por ende, bastante similar al subtipo mediterráneo señalado por la literatura especializada. En materia de salud el Sistema Nacional de Salud en Ecuador posterior a las reformas tiene mucha similitud a los países mediterráneos en los años ochenta y noventa en los que fueron construyendo sistemas de salud de tipo Beveridge. Repasando las principales categorías de reforma de las matrices de bienestar teorizadas por Andersen, Pierson, Martínez, Minteguiaga definitivamente el SNS ha incorporado diferentes tipos de cambios orientados hacia la desmercantilización. Este punto es compatible con el avance en materia de universalización del acceso y cobertura de la salud en el Ecuador.



Dicha universalización se encuentra garantizada por la existencia de un sector público que actúa como red integral de contención para aquellos excluidos del mercado de trabajo.

En definitiva, de la trialización del sistema anterior a las reformas, se tiende a dualizar el sistema, potenciando la red pública integral de salud para los pobres y los trabajadores formales del país y articulando con un pequeño sector de la población de clase alta que se mantendrá en la red complementaria más que por temas de calidad de los servicios, por la idiosincrasia de la gente y por un tema de status social.

En este sentido, de lo presentado a lo largo de todo el trabajo la constatación que surge es la siguiente: si bien discursivamente, e incluso en algunos sectores formalmente, la potenciación de un Sistema Nacional de Salud tuvo como objetivo salir de un sistema de tipo bismarckiano, la implementación de la política pública ha determinado hasta el momento que se esté produciendo un recalibramiento que parece tener como objetivo el fortalecimiento de ciertos componentes de tipo Bismarck-Beveridge. De esta manera, la tarea parece estar orientada a potenciar e incrementar el rendimiento de esta configuración, por lo tanto, podemos observar que a partir de la universalización del acceso y la cobertura con una lógica de derechos no de aseguramiento, financiado por impuestos marcados, gravados progresivamente de acuerdo con el ingreso (y no en %), que van a un fondo que contrata proveedores (sin intermediarios) para suministrar un paquete básico de beneficios, con un mecanismo de control por pacientes y contribuyentes.

Por lo tanto, en relación al rumbo del modelo de bienestar a partir del sistema de salud, la conclusión es que se evidencia una ruptura histórica, progresista y revolucionaria en la matriz conservadora ecuatoriana.

## CONCLUSIONES

Este trabajo tiene como orientación principal, realizar algunos aportes en relación a las discusiones que la literatura especializada ha venido dando, tanto sobre los procesos de cambio institucional como los vinculados a transformaciones en las políticas públicas. Para esto, se tomó como caso un sector de la política pública muy compleja como la salud, en un país de renta media, en vías de desarrollo como Ecuador, que a pesar de poseer ciertas características comparables con otros casos, claramente no es de los más estudiados en la literatura comparada. Un punto a destacar en el enfoque adoptado, es que explícitamente se pretendió estudiar las Transformaciones del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano en el marco de los procesos de reforma de los regímenes de bienestar. Uno de los puntos relevantes de la revisión de literatura realizada fue que muchas veces los procesos vinculados a la atención de la salud son tratados de forma endógena, con escasas interacciones con cuestiones similares a otros sectores vinculados a la provisión de bienestar a la sociedad.

Fue a partir de estas motivaciones que la sucesión de capítulos busca analizar el aporte de los diferentes elementos que permitieron determinar qué tipo de cambio institucional había implicado la aprobación de la nueva Constitución de la República en el 2008 por la Asamblea Constituyente y su posterior implementación del Sistema Nacional de Salud en Ecuador, durante el primer gobierno de la Revolución Ciudadana – Alianza País - movimiento creado por los grupos sociales relegados y con aspiraciones a una mejor vida.

En relación al marco analítico, se refleja el nudo crítico sobre el cual esta tesis pretende contribuir: aún con la dificultad de la literatura más tradicional del neoinstitucionalismo histórico para explicar aquellos cambios que no provienen de grandes rupturas con el escenario existente en coyunturas críticas, sino que por el contrario, se van produciendo de forma gradual, generando las condiciones necesarias para la transformación institucional. Si se separa analíticamente el proceso de reforma estudiado en este trabajo, se puede observar cómo la elaboración de la propuesta y su posterior aprobación a nivel de la asamblea se ajusta bastante bien a la noción de ventana de

oportunidad presente en los trabajos más clásicos de esta corriente (Collier & Collier, 1991).

Sin embargo, ese mismo proceso, junto al inicio de la implementación de la reforma, fue aportando evidencias de que la orientación de la misma estaba bastante más lejos de implicar un cambio de paradigma de lo que originalmente se podría haber previsto.

Es a partir de esta constatación que cobran mayor relevancia las categorías de análisis y conceptos presentados en relación a los tipos de cambio institucional gradual (Mahoney & Thelen, 2010; Streeck & Thelen, 2005). En este punto, las consideraciones realizadas no pretenden ser concluyentes debido fundamentalmente al hecho de que estos procesos se encuentran actualmente en curso, por lo que todavía pueden reorientarse las tendencias presentadas.

A la hora de presentar el contexto en el cual se produjo la propuesta de transformación del SNS en Ecuador, la revisión de los estudios vinculados a los estados de bienestar en su construcción, crisis y reforma permitió fundamentalmente incorporar diferentes elementos sociales-político-institucionales que han contribuido a explicar tanto los condicionantes que están detrás del éxito o fracaso de los intentos de reforma, como el reconocimiento de que las configuraciones preexistentes al cambio van a condicionar la orientación del mismo, evitando de alguna manera las tendencias hegemónicas que presionan por la adopción de políticas convergentes (Pierson, 2006).

Fue a partir de estos planteamiento que se puede demostrar que la economía política de la reforma llevada adelante por el gobierno de la Revolución Ciudadana – Alianza País - cumplió con todos los requisitos vinculados, por ejemplo a la amplitud de la coalición reformista, la cercanía con los sindicatos sectoriales, una mayoría en la asamblea muy disciplinada, entre otras. Como contrapartida, esta misma gestión exitosa de la primera etapa es uno de los principales factores que pueden explicar los límites de la segunda etapa en la implementación de la reforma.

Esta reforma se dio además en un contexto como el latinoamericano, donde en líneas generales las matrices de bienestar aquí desarrolladas, han tenido como principales características un rasgo fuertemente corporativo, que permeó el proceso de

incorporación de nuevos colectivos sociales al público beneficiario de las diferentes prestaciones, junto al componente fuertemente bismarckiano de los esquemas de protección vía aseguramiento, los que fueron consolidando una estructura de prestaciones segmentada, en la cual el Estado se limitó en la mayoría de los casos a la adopción de un rol residual, garante en el mejor de los casos de la cobertura de aquellos de la periferia del mercado formal de trabajo. Pero quizás el principal rasgo compartido por la gran mayoría de los países de la región sea el gran peso del sector informal en la economía, que no ha hecho más que acentuar los problemas de los esquemas corporativos de provisión de bienestar (Barrientos, 2004).

Sin embargo, la gran heterogeneidad de los casos es otro componente que no se puede dejar de tener en cuenta, y es por eso que cobran relevancia los diferentes intentos por construir tipos de estados de bienestar en Latino América. De los repasados en este trabajo, seguramente la clasificación sugerida por Juliana Martínez Franzoni (2007) sea la que más herramientas aporta al análisis. Esta tipología coloca a Ecuador junto a Brasil, México y Panamá entre los países con regímenes Proteccionistas Informales, en función de las dimensiones: el acceso al mercado laboral y a los ingresos; la participación relativa de las familias, las políticas públicas y el mercado en la inclusión y la movilidad social; el desempeño del régimen, tomando en cuenta la mortalidad infantil, esperanza de vida, pobreza, entre otros indicadores; y las condiciones sociodemográficas y socioeconómicas de cada país.

En el Ecuador, luego de un largo ciclo de turbulencia política en el que ningún presidente electo entre 1996 y 2006 pudo terminar su periodo de gobierno y de un tortuoso avance de la agenda neoliberal, hubo una nueva correlación de fuerzas políticas que marcó un cambio en la agenda política y gubernamental. Se trata de un proceso radical de reestructuración del sistema político y de los viejos y nuevos actores que orbitaron su entorno. La consolidación política de la Revolución Ciudadana – Alianza País, está dada por su enorme respaldo popular, sus planteamientos programáticos y su capacidad de suscitar e innovar políticas públicas. Las fuerzas del establecimiento político fueron debilitadas en el contexto de la emergencia de un movimiento que llegó al poder con la promesa de reformar la vida política, poner fin al dominio de los partidos tradicionales y superar el neoliberalismo, como contrapartida cerraba un

número importante de espacios a partir de los cuales se podían promover diferentes reformas.

Al considerar el conjunto de instituciones y recursos humanos, políticos y administrativos que conforman al Estado ecuatoriano, al igual que cualquier otro Estado en el mundo, es obvio que la forma de Estado que se encontró el gobierno de la Revolución Ciudadana – Alianza País no era el mismo que existía en estas etapas previas. Por el contrario, Ecuador no estuvo exento a las diferentes oleadas reformistas en materia de administración pública, aunque el impacto de las mismas terminó siendo mayor, en el plano discursivo, que en el funcionamiento real del mismo. Sin embargo, esto no significa que en el sistema político no se presenten visiones contrapuestas en relación al rol que debería jugar el Estado en la estrategia de desarrollo del país, o respecto a la forma de organización y funcionamiento hacia los cuales el mismo debería orientarse. Es por eso, que en un marco que podría caracterizarse como posburocrático, se presentaron las diferentes corrientes o modelos de Administración Pública que aparecen como alternativas actualmente.

Dichos modelos no son neutros ideológicamente, pero además, la aplicación de uno u otro, o el grado en que los cambios van a lograr permear a las estructuras del aparato burocrático existente, dependerá en gran medida del marco institucional existente y de los recursos de poder que la burocracia haya logrado consolidar en las etapas previas (Pollitt & Bouckaert, 2011). El predominio de un modelo sobre otro se materializa en el campo de los instrumentos específicos de la gestión cotidiana. En este sentido, si bien el contexto se caracteriza por un predominio cuasi hegemónico de las corrientes gerencialistas, lo cierto es que muchos de los instrumentos pueden reforzar o no esta orientación, dependiendo de la forma en que los mismos sean implementados. Por ejemplo, la introducción de metas de gestión o el pago por resultados promoverá o no una lógica de competencia entre los proveedores, dependiendo de las condiciones en las que se plantee la evaluación de las metas y su forma de pago, entre otras cuestiones. Por eso, el problema de la gestión es un problema político y no meramente técnico. Siguiendo los trabajos de Wendt (2009) y Wendt et al (2009) al momento de concentrarse específicamente en los sistemas de salud, se pudo identificar aquellas dimensiones centrales a la hora de caracterizar a los diferentes sistemas de salud, básicamente el financiamiento, la provisión y la regulación, pero también fue de gran

utilidad el esfuerzo de estos autores por determinar el alcance de los cambios en relación a un pasaje de un tipo de sistema a otro. Particularmente para el contexto latinoamericano, a partir de autores como Fleury (2001) o Londoño y Frenck (1995) fueron identificados los principales problemas existentes a nivel de atención de la salud en la región, baja cobertura, inequidad en la utilización de los servicios, fragmentación institucional entre otros y las diferentes oleadas de reformas experimentadas en las últimas décadas. Este último punto colaboró a contextualizar la propuesta de reforma del gobierno de la Revolución Ciudadana – Alianza País, en un escenario de tercera ola de reformas, en el cual, con particularidades inherentes al caso, las reformas al SNS presentan clara sintonía.

Finalmente, de las matrices de bienestar teorizadas por Andersen, Pierson, Martínez, Minteguiaga definitivamente el SNS ha incorporado diferentes tipos de cambios orientados hacia la desmercantilización. Este punto es compatible con el avance en materia de universalización del acceso y cobertura de la salud en el Ecuador.

Dicha universalización se encuentra garantizada por la existencia de un sector público que actúa como red integral de promoción, para aquellos excluidos del mercado de trabajo.

Además, la evolución del sistema en los últimos años contribuyó por un lado a reconocer los principales problemas identificados por los diferentes actores involucrados, y al mismo tiempo observar cuáles eran los alineamientos que podrían llegar a producirse en relación a una propuesta reformista de gran calado. La nueva Constitución de la República del 2008, otorga derechos completos a todos los ciudadanos, y además, obliga al Estado a priorizar el pago de la deuda social por encima de cualquier otra obligación. Ecuador, como país andino, construye los derechos humanos, económicos, sociales, culturales y ambientales, sobre un concepto y visión del mundo nacido en las antiguas sociedades de la región de los Andes sudamericanos: el Buen Vivir o Sumak Kawsay.

La falta de sustentabilidad global del crecimiento económico y la disparidad en su distribución social dan cuenta de las limitaciones de la sociedad capitalista y de las visiones convencionales de desarrollo. Frente a ello, el Bienestar del Buen Vivir surge como una alternativa que, además de promover la mejora de la calidad de vida, respeta

la diversidad cultural, la capacidad de soporte de los ecosistemas y los derechos de las generaciones futuras al bienestar, implica una democracia profunda con participación popular permanente en la vida pública del país. No se realiza sin el compromiso activo de la ciudadanía y de los pueblos. La política democrática y la movilización permanente, posibilitan alcanzar un nuevo nivel de convivencia social que respete las diversidades, las opciones y las creencias. Se identifica con la consecución del bien común y la felicidad individual, alejados de la acumulación y el consumo excesivos. Se obtiene con el máximo aprovechamiento de talentos y capacidades personales y colectivas. Es un espíritu vigoroso que impulsa el aprendizaje y la superación. Está presente en el amor, en la amistad, en la fraternidad, en la solidaridad y en la armonía con la naturaleza.

En definitiva, el análisis de la creación, aprobación y posterior implementación del Sistema Nacional de Salud en Ecuador, durante el gobierno de la Revolución Ciudadana – Alianza País, permite advertir que existen cambios sustanciales en términos de provisión de los servicios de salud, por el fortalecimiento de los prestadores públicos RPIS y que en relación al financiamiento, los cambios que se produjeron estuvieron orientados a ir aumentando el peso de las contribuciones provenientes de rentas generales y de la seguridad social, de esta manera, se vieron reducidos fuertemente los aportes y egresos directos de las familias. Finalmente, se comenzaron a producir esfuerzos en pos de fortalecer la regulación estatal sobre el conjunto del sistema, determinando un sistema mixto Bismarck-Beveridge Un sistema con asistencias y cobertura universal.

Si bien se ha aumentado la cobertura de estos servicios, el reto para la siguiente periodo de gobierno es trabajar para mejorar la calidad y también proceder a una definición estructural del sistema nacional de salud (y el rol que debe jugar la red pública integral de salud) – art. 358 de la Constitución. La garantía del derecho a la salud debería pivotar en un mediano plazo en servicios del Estado. Así pues, sería deseable conseguir unos servicios públicos que fueran tantos o más competitivos que los privados. Existe el peligro que se consolide y extienda el negocio de la salud en un momento de extensión de la clase media. Sería interesante actuar antes de que estas empresas se conviertan en grupos de interés económico que tengan peso en la definición de las políticas públicas.

Definir y consolidar un sistema de seguridad social con prestaciones contributivas y no contributivas que sea sostenible en el tiempo y que garantice unos niveles dignos de prestaciones. También se debe trabajar para que el sistema cubra todas las contingencias previstas en el art. 369 de la Constitución. Desarrollar el sistema de inclusión y equidad social previsto en el art. 340 de la Constitución, que contemple medidas universales e individualizadas de asistencia, tomando una aproximación intersectorial de la inclusión y con un peso en el territorio y en el ciclo de vida. Impulsar el nuevo derecho de atención a la dependencia estructural e integral, que camine hacia la desmercantilización y desfamiliarización de las políticas es decir, procediendo a una asunción de responsabilidades por parte del Estado y de la comunidad.

Transformar la seguridad social del país, planteamiento que se enmarca en los postulados de la Constitución y los objetivos y políticas del Plan Nacional para el Buen Vivir. Esta propuesta pretende crear un sistema de seguridad social que responda a la realidad ecuatoriana: que universalice pensiones de vejez, invalidez y muerte y que sea económicamente sostenible y políticamente responsable. La Revolución del Trabajo apunta a que el acceso a la seguridad social incluya a las y los trabajadores autónomos, a las y los independientes, a las trabajadoras no remuneradas del hogar. Así rompemos el paradigma neoliberal, de que el único trabajo productivo es el que genera valor y que se transa en el mercado.

El gobierno de la Revolución Ciudadana – Alianza País a través del incremento del presupuesto asignado al sector salud, ha iniciado un proceso de eliminación de todo tipo de exclusión y de barreras que impiden el acceso de la población a los servicios de salud, afirmando la gratuidad progresiva en la atención, promoviendo el acceso a medicamentos, incorporando tecnología para la detección oportuna de enfermedades, ampliando el tipo de especialidades en los hospitales de la Red Pública integral de Salud, mejorando la infraestructura física, dotando de mayor número de recursos humanos, todo esto ha significado un ahorro sustancial en el gasto y desequilibrio de las familias ecuatorianas.

La incorporación de una normativa específica dentro del marco legal nacional, muestra una evolución en cuanto a la apertura gubernamental con respecto al involucramiento ciudadano en el proceso de toma de decisiones de carácter político. Sin embargo, surgen debilidades, en cuanto a la socialización de mecanismos de acceso a la participación.



Así, para un ejercicio ecuánime de la participación ciudadana se torna necesario suscitar mecanismos e instancias de implementación, claras para el establecimiento de observatorios, consejos consultivos o veedurías, etc.

El funcionamiento efectivo del SNS implica el involucramiento y coordinación de los diecisiete integrantes del sistema, y demás actores de la esfera pública (sector público, privado, y sociedad civil). Así, es trascendental promover la concertación, diálogo y debate entre los diferentes involucrados. La participación de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en la promoción de la transparencia es fundamental para la construcción de políticas públicas para el sector de salud que involucren la participación ciudadana.

La necesidad de promover mecanismos de articulación y coordinación entre los integrantes del sistema de salud, es imperativa para disminuir la fragmentación del actual sistema. La consolidación de la red pública integral de salud, debe reconocerse entre los actores del sistema como una de las estrategias de implementación a vigorizar.

El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador se desarrolla en el marco de algunos instrumentos legales y de política pública, entre los principales: la Constitución del Ecuador, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Ley Orgánica de Salud, y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Éstos definen los lineamientos particulares de organización, gestión y planificación sectorial. La distinta temporalidad en la que estos instrumentos se desarrollan es uno de los retos de política pública sectorial a estabilizar en la actualidad. Específicamente, se sugiere la necesidad de actualizar la normativa sectorial de salud, para que coexista análogamente con la transformación constitucional del 2008. Así, la elaboración de un Nuevo Código Orgánico de salud que corresponda a las variaciones en el perfil epidemiológico de la población, el contexto actual, los desafíos del sector salud y marco constitucional actual, es imperativo (Echeverría, 2011).

Existen un sinnúmero de leyes y reglamentos particulares al sector de salud pública que forman parte del marco legal para regularizar la provisión de servicios de salud. Sin embargo, en la práctica, el conocimiento de estos instrumentos por parte de los ejecutores de políticas públicas de salud, y ciudadanía en general es limitado y casi

inexistente. De esta manera, la socialización efectiva de este tipo de documentos legales podría potencialmente inducir a un mejor entendimiento de la población sobre los insumos existentes y los carentes para un efectivo cumplimiento del derecho a la salud.

El principio de equidad e inclusión con respecto a servicios de salud, está claramente establecido en la normativa constitucional y sectorial. Los recientes esfuerzos gubernamentales de promover el acceso equitativo y universal en salud se ven reflejados, a modo global, en estadísticas particulares como el aumento del número de consultas en el sub sistema público (SENPLADES, 2009). Sin embargo, aún persisten grandes desafíos en cuanto a brechas de acceso a servicios de salud entre la población, relacionadas al nivel de ingreso, grado de instrucción, etnia y ámbito geográfico.

Por parte del Ministerio de Salud Pública existen mecanismos transversales, y directos de protección social. Una de las principales estrategias para acercar la atención de salud a áreas geográficas de limitado acceso es la implementación del MAIS, de manera particular, el uso del concepto de Atención Primaria en Salud a través de los EBAS. Así, la territorialización de la atención en salud se delinea como una necesidad para alcanzar el objetivo de provisión equitativo a nivel nacional.

El monitoreo ejecutado por Grupo FARO del artículo N.º 7 de la LOTAIP a los principales proveedores públicos de salud, evidencia que el Ecuador requiere mejorar la calidad de transparencia y acceso a la información en las instituciones públicas relacionadas con el sector salud. Los resultados del monitoreo del MSP, IESS, ISSOPL, ISSFA (principales proveedores de servicios de salud a nivel nacional), son heterogéneos y exhiben la debilidad institucional en dar cumplimiento íntegro a la normativa estipulada.

La capacidad de respuesta vista en términos de calidad en la provisión de servicios por parte de las entidades de atención pública de salud, es relativamente exigua frente a las necesidades poblacionales. Así, surge el desafío de mejorar la calidad de los servicios sociales y, de manera particular, los servicios de salud.

Se requiere mejorar el funcionamiento y gestión de las instituciones públicas del sector de salud de manera que respondan a las necesidades clínicas y no clínicas de la

población. La correcta implementación del MAIS, y particularmente, de la Red Pública Integral a nivel nacional y local que es prioritaria para delinear la correcta oferta de servicios en el primer, segundo, y tercer nivel de atención de salud.

La mejora en la respuesta institucional de los servicios de salud pública será un proceso que involucre tanto hacedores de política pública, funcionarios públicos del sector y usuarios. Frente a este escenario surge el reto de consolidar un sistema continuo de evaluación de la calidad de los servicios de salud. Para contar con una herramienta que revele tanto avances como retrocesos en la implementación de políticas públicas, y las fortalezas y debilidades en la atención al usuario.

El fortalecimiento del recurso humano, a través de la implementación adecuada de la carrera sanitaria a nivel nacional, es uno de componentes para que el personal administrativo y técnico desarrolle aptitudes y conocimientos para una atención de salud con calidad, calidez, efectividad y eficiencia. El fomento de incentivos para el personal sanitario en base a ubicación geográfica, capacitación, productividad es necesario para garantizar la calidad de atención y servicios a nivel nacional.

En el largo plazo, el principal reto es la formación de un sistema común de información que involucre estadísticas sistemáticas incluyendo a los subsistemas público y privado de salud.

Sin embargo, la “sobredemanda” de estos servicios a nivel hospitalario, ha desnudado los tradicionales problemas de organización y gestión evidenciando graves dificultades para satisfacer con equidad, suficiencia y calidad las demandas de atención de la población; debido básicamente a que las inversiones realizadas han estado orientadas fundamentalmente a propiciar un modelo curativo y hospitalario de alta tecnología, relegando la atención primaria, la prevención y promoción de la salud, y sin considerar las potencialidades de una acción coordinada del sector salud en su conjunto, junto a un amplio programa de salud preventiva en todos los segmentos de la población.

Si bien estas medidas podrían ayudar a contener parcialmente la presión de la demanda hospitalaria y mejorar algunas coberturas de atención en los servicios de la RPIS, aun siendo necesarias, no son suficientes para controlar los desequilibrios estructurales de la

oferta y demanda en salud relacionados con la excesiva “fragmentación” del sector donde cada entidad de provisión de servicios funciona con sus propias reglas y sin coordinación, y con la “segmentación” en el acceso a los servicios basada en “clientelas diferenciadas” según la situación socioeconómica de los usuarios, lo que, además, contradice el derecho ciudadano igualitario a la atención de salud garantizado en la Constitución del 2008. En este sentido, es evidente que se debe abordar esta problemática desde la perspectiva sistémica para identificar soluciones más integrales y efectivas, a través de una política radical como es la organización del Sistema Nacional de Salud establecido en la normativa Constitucional vigente (Artículos N.º 358, 359) empezando con la concreción de la Red Pública Integral (Artículo N.º 360) situación totalmente inaplazable.

Al concluir es preciso denotar que este trabajo servirá de fundamento para futuras investigaciones, sujetas al cambio institucional, cultural y sistémico de los próximos gobiernos, que con normativas apropiadas, con el suficiente sustento económico sabrán satisfacer los diferentes problemas en torno a la política sanitaria que afecta a los diferentes estratos de la población y principalmente de las capas más deprimidas de la sociedad ecuatoriana y latinoamericana.



## BIBLIOGRAFÍA

Adelantado, J. & Richard G. (2000) “El contexto la reestructuración de los regímenes de bienestar europeos”. Cambios en el Estado de Bienestar,. Barcelona: Icaria.

Adelantado, J. & Scherer, E. (2008) “Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina” en Estado, Gobierno y Gestión Pública. Revista Chilena de Administración Pública, N° 11, págs 117-134.

Aguilar Villanueva, F. (2012) “Gobernanza y Gestión Pública”, Fondo de Cultura Económica, México

Alonso, G. (1999) “Las regulaciones del sistema de salud en Argentina. Dimensiones conceptuales para el estudio de la capacidad institucional”. Documento N° 41, Serie III Políticas Públicas. Instituto Nacional de la Administración Pública, Buenos Aires.

---

301

ANDES. (2012), “Nuevo decreto de jornada laboral en la salud favorece a galenos y usuarios”, Disponible en <http://www.andes.info.ec/reportajes/4020.html>.

Andersen, T. & Molander, P. (2003) “Alternatives for welfare policy. Reconciling policy goals with demographic change and internationalization”. Cambridge University Press.

Antón Pérez, J.; Carrera Troyano, M.; Muñoz del Bustillo, R. & Rodrigues-Silveira, R. (2009) “Pobreza y desigualdad en América Latina. Del crecimiento a las transferencias condicionadas de renta” en Revista CIDOB d’Afers Internacionals, N° 85-86, págs 157-183.

Arellano, D. (2007) “Una cuestión de confianza. Retos e instrumentos para una reforma del Estado en América Latina” en Nueva Sociedad, N° 210, ISSN 0251-3552.

Argyriades, D. (2010) "From Bureaucracy to debureaucratization?" en *Public Organization Review*, Vol. 10, págs. 275-297.

Ballart, X. (2008) "The Study of Public Management in Spain". *The Study of Public Management in Europe and the US. A Competitive Analysis of National Distinctiveness*. Routledge, Nueva York.

Bambra, C. (2005) "Cash versus services: "Worlds of Welfare" and the decommodification of cash benefits and Health Care services" en *Journal of Social Policy*, N° 34, Vol. 2, págs 195-213.

BCE - Banco Central del Ecuador. (2014), "Información estadística mensual". Ecuador.

BM - Banco Mundial (1993) "Investing in Health". Washington DC.

Barba, C. (2011) "La reforma de los sistemas de salud en América Latina: los casos de las reformas de tercera generación en México y Chile". Presentación en Grupo de Trabajo CLACSO sobre Pobreza y Exclusión Social.

302

---

Barr, N. (1987) "The economics of the Welfare State". Weidenfeld and Nicolson, Londres.

Barrientos, A. (2004) "Latin America: a liberal-informal welfare regime?" en *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America* Cambridge University Press. Cambridge.

Barrientos, A. & Santibáñez, C. (2009) "New forms of social assistance and the evolution of social protection in Latin America" en *Journal of Latin American Studies*, N° 41, págs 1-26.

Bastías, G. & Valdivia, G. (2007) "Reforma de salud en Chile: el Plan Auge o régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución" disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>

Becerril, V.; Medina, G. & Aquino, R. (2011) “Sistema de Salud de Brasil” en Revista Salud Pública de México, Vol. 53, Suplemento 2.

Bennett, A. & George, A. (1997) “Process tracing in case study research” en MacArthur Foundation Workshop on case study methods

Biersteker, T. (1990) “Reducing the rol of the State in the economy: a conceptual exploration of IMF and World Bank prescriptions” en International studies quarterly (34), 477-492.

Bowornwathana, B. & Poocharoen, O. (2010) “Bureaucratic politics and administrative reform: why politics matters” en Public Organization Review.

Brugué, Q. (2006) “Modernizar la administración desde la izquierda: burocracia, nueva gestión pública y administración deliberativa” en Reforma y Democracia, N° 29. CLAD, Caracas.

Burchard, H. J. (2009), “Un misionero y sus misiones. Progresos y trabas de la nueva política social en Venezuela”, Revista Politeia, núm. 42.

Cambridge. Anisi, D. (1989) “La posibilidad actual de un nuevo pacto keynesiano” en Crisis y futuro del Estado de Bienestar. Alianza Universidad. Madrid.

Celedón, C. y Oyarzo C. (1998) “Los desafíos en la salud” Construyendo opciones: propuestas económicas y sociales para el cambio de siglo. Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica (CIEPLAN).

CEPAL, Comisión Económica para América Latina (2013). “Panorama Social de América Latina”. Disponible en <http://tinyurl.com/kzlv36h>

CEPAL, Comisión Económica para América Latina (2014) “Panorama Social de América Latina”. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones>



CEPAR - Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, (2005) “Encuesta demografía y de salud materna e infantil”, ENDEMAIN 2004: Informe final. Quito, Ecuador: CEPAR.

CEPS - Centre for European Policy Studies (2008) “Is social europe fit for globalisation?” Disponible en: <http://www.ibm.com/ibm/governmentalprograms/pdf>

Christensen, T. (2002) “New Public Management: the transformation of ideas and practices”. Ashgate.

CIP- Código Integral Penal (2014) Ecuador: CIP.

CONASA, (2008). “Informe de consultoría 2008”. Consejo Nacional de Salud. Quito, Ecuador: CONASA.

Constitución de la República del Ecuador, (2008). Título VII, Régimen del Buen Vivir, Capítulo Primero, Sección Segunda, Salud, Art 362, 363, 369.

Collier, R. & Collier, D. (1991) “Critical Junctures and historical legacies” en *Shaping the political arena: critical junctures, the Labor movement and regime dynamics in Latin America*. Princeton University Press, Princeton.

Correa Delgado, R. (2013) “La vía ecuatoriana” *Estado y Comunes Revista de Política y Problemas Públicos*, Vol. 1 Quito - Ecuador. IAEN

Deeg, R. (2005). “Change from within: German and Italian finance in the 1990s” en *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press, Nueva York.

Del Pino, E. & Colino, C. (2006) “¿Cómo y por qué se reforman los Estados de Bienestar? Avances y retos teóricos y metodológicos en la agenda de investigación actual” en *Zona Abierta* (114/115), 1-42.

Del Pino, E. (2004) “Debates sobre la reforma del Estado de Bienestar en Europa: conceptos, alcance y condiciones”. Documento de trabajo N° 04-03. CSIC. Madrid.

Del Valle, A. (2009) “Los estudios sobre regímenes de bienestar en América Latina” en Revista A-MÉRICA, Vol. 2, N° 3.

Della Porta, D. & Keating, M. (2008) “Approaches and methodologies in the Social Sciences”. A pluralist perspective. Cambridge University Press. Cambridge.

Demmke, C. (2010) “Civil Services in the EU of 27 – Reform outcomes and the future of the civil service”. Artículo disponible en:

[http://aei.pitt.edu/29755/1/20101022095936\\_Eipascope\\_2010\\_2\\_Article1.pdf](http://aei.pitt.edu/29755/1/20101022095936_Eipascope_2010_2_Article1.pdf)

Domínguez, M. & Soares, I. (2007) “An Analysis of Equity in Brazilian Health System Financing” en Health Affairs, Vol. 26, N° 4: 1017-1028.

D’Elia, Y. Y Quiroz, C. (2010) “Las Misiones Sociales: ¿Una Alternativa para Supera la Pobreza?”, Caracas: ILDIS.

Echeverría, Bolívar (2011) “Lo político en la política”, Ensayos políticos. Quito: Ministerio Coordinador de la Política y Gobiernos Autónomos Descentralizados. Ecuador.

Esping-Andersen, G. (1990) “The three worlds of Welfare Capitalism”. Polity Press.

Esping Andersen, G. (1996) “Welfare States in transition: social security in a global economy”. Sage.

Esping Andersen, G. (1999) “Social foundations of postindustrial economies”. Oxford University Press. Oxford.

Esping Andersen, G. & Palier, B. (2010) “Los tres grandes retos del Estado de Bienestar”. Ariel. Barcelona.

Evans, P., Rueschemeyer, D. & Skocpol, T. (1985) Bringing the State back in. Cambridge University Press.

Evans, P. (1996) “El Estado como problema y como solución” en *Revista de Ciencias Sociales*, N° 140.

Farazmand, A. (2010) “Bureaucracy and Democracy: a theoretical analysis” en *Public Organization Review*, Vol. 10, págs. 245-258.

Falconi, Fander y Pabel Muñoz (2012) “Ecuador: de la receta del Consenso de Whashington al posneoliberalismo”. Rafael Correa. *Balance de la Revolución Ciudadana*. Quito, Planeta: 75-76.

Falleti, T. (2006) “Theory-Guided Process-Tracing in comparative politics: Something Old, Something New” en *Newsletter of the Organized Section in Comparative Politics of the APSA*, Volume 17, Issue 1, 9-14.

Falleti, T. (2009) “Infiltrating the State. The evolution of health care reforms in Brazil, 1964-1988” en *Explaining institutional change. Ambiguity, agency and power*. Cambridge University Press. Cambridge.

---

306

Farfán Mendoza, G. (2007) “El nuevo Institucionalismo Histórico y las políticas sociales” en *Revista Polis*, Vol. 3, N° 1, págs. 87-124.

Feder-Bubis, P. & Chinitz, D. (2010) “Punctuated Equilibrium and Path Dependency: the Israeli Case and Implications for Theory” en *Journal of Health, Politics, Policy and Law*, Vol. 35, N° 4, págs. 595-614.

Fernández Pasarín, A. M. (2006) “El neoinstitucionalismo como instrumento de análisis del proceso de integración europea” en *Cuadernos de Trabajo* N° 46, Instituto de Estudios Europeos. Universidad Autónoma de Barcelona.

Ferrera, M. (1995) “Los Estados de Bienestar en el sur de Europa” *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*. Colección Politeya, CSIC. Madrid.

Filgueira, F. (2007) “Nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada”. Documento de Trabajo, Serie Políticas Sociales N°135. CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Fleury, S. (2001) “¿Universal, Dual o Plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina” en Servicios de salud en América Latina y Asia. BID, Washington DC.

Flyvbjerg, B. (2006) “Five misunderstandings about case-study research” en *Qualitative Inquiry*, Vol. 12, N° 2, págs. 219-245.

Freire, J. M. (2003) “La atención primaria de salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud”. Seminario “Estado de Bienestar en España” organizado por la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

Freire, J.M. (2006) “El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones”. Disponible en: <http://www.ugt.es/claridad/numero7/freire.pdf>

Fuentes, G., Güemes, M<sup>a</sup> C., Isaza, C. (2009) “Modernizar y democratizar la Administración Pública. Una mirada desde la realidad latinoamericana” en *Revista Enfoques*, Vol. VII, N° 11.

Garrido, R. M. (1999). “Consideraciones teóricas sobre la intervención del sector público en sanidad y su articulación real en España: una reflexión sobre las cuestiones distributivas”. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

Glennerster, H. (2007) “Funding 21st century Welfare States” en *Estado de Bienestar y competitividad. La experiencia europea. Siglo XXI*. Madrid.

Gough, I. & Wood, G. (2004) “Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America”. Cambridge University Press. Cambridge.

Grimmeisen, S. & Rothgang, H. (2004) "The changing role of the State in Europe's Health Care Systems". Paper presentado en la Segunda Conferencia Annual de ESPAnet, Oxford.

Güemes, M<sup>a</sup> C. & Fuentes, G. (2010) "A cada cual lo propio. La priorización de lógicas privatistas y responsabilidades individuales en la provisión de bienestar social". Ponencia presentada en el II Congreso Anual de REPEC. Madrid.

Hacker, J. (2005) "Policy drift: the hidden politics of US Welfare State retrenchment" en *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press, Nueva York.

Haggard, S. & Kaufman, R. (2008) "Development, Democracy and Welfare States. Latin America, East Asia and Eastern Europe". Princeton University Press. New Jersey.

Häkkinen, U. & Lehto, J. (2005) "Reform, change, and continuity in Finnish Health Care" en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, N° 1-2, págs. 79-96.

---

308

Hall, P. (1986) "Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France". Oxford University Press, Nueva York.

Hall, P. (1990) "Policy Paradigms, Social Learning and the State: the case of economic policy-making in Britain". Working paper 1990/4.

Hall, P. & Taylor, R. (1996). "Political Science and the three New Institutionalisms". MPIFG Discussion Paper 96/6. ISSN 0944-2073, Köln.

Hassenteufel, P.; Smyrl, M.; Genieys, W.; Moreno-Fuentes, F. (2010) "Programmatic actors and the transformation of European Health Care States" en *Journal of Health, Politics, Policy and Law*, Vol. 35, N° 4, págs. 517-538.

Häusermann, S. (2010) "The politics of Welfare State reform in Continental Europe. Modernization in hard times". Cambridge University Press. Cambridge.

Hernández Álvarez, M. (2005) “Las políticas de salud e inclusión social”. Disponible en [www.sisov.mpd.gob.ve/estudios/167/VI.pdf](http://www.sisov.mpd.gob.ve/estudios/167/VI.pdf)

Hecló, H. (1977) “A Government of Strangers”. Washington DC: The Brookings Institution.

Hood, C. & Lodge, M. (2007) “Civil service reform syndrome – are we heading for a cure?”. *Transformation, Spring* , 58-59.

Homedes, N. & Ugalde, A. (2005) “Why neoliberal health reforms have failed in Latin America” en *Health Policy* N° 71, pp. 83-96.

Howlett, M. (2009). “Process sequencing policy dynamics: beyond Homeostasis and Path Dependency” en *Journal of Public Policy*, Vol. 29, N° 3, págs. 241-262.

IESS, (2014). Taller presidencial. Quito-Ecuador.

Illescas, S. (2014) “Public Health Policy in Ecuador”. LAP Lambert Academic Publishing. Germany. ISBN: 978-3-659-74097-8.

Illescas, S. (2015) “Análisis de las Reformas del Sistema Nacional de Salud en Ecuador”. Publicia. Germany. ISBN: 978-3-639-64872-0.

Immergut, E. (1992a) “Health Politics. Interests and institutions in Western Europe”. Cambridge University Press. Cambridge.

Immergut, E. (1992b) “The rules of the game: the logic of health policy-making in France, Switzerland and Sweden” en *Historical Institutionalism in comparative analysis*. Cambridge University Press. Cambridge.

INEC, (2007). “Encuesta de Recursos y Actividades en Salud”. Ecuador: INEC.

INEC, (2012). “Encuesta Nacional de empleo y desempleo urbano”. Ecuador: INEC.

Infante, A.; de la Mata, I. & López-Acuña, D. (2000) "Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias" en Revista Panamericana de la Salud, Vol. 8 (1/2).

Isuani, A. (1991) "Bismarck o Keynes ¿quién es el culpable?: notas sobre la crisis de acumulación" en El Estado Benefactor: crisis de un paradigma. CIEPP/Miño Dávila. Buenos Aires.

Jessop, R. (2006) "The State and state-building". The Oxford Handbook of Political Institutions. Oxford University Press, Oxford.

Jessop, R. (2008) "El futuro del Estado Capitalista". Los libros de la Catarata, Madrid.

Kasza, G. (2002) "The illusion of Welfare Regimes" en Journal of Social Policy, Vol. 31, N°2, 271-287.

Kay, A. (2006) "The dynamics of Public Policy". Theory and evidence. Edward Elgar. Cheltenham.

---

310

Kay, A. (2007) "Tense layering and synthetic policy paradigms: the politics of health insurance in Australia" en Australian Journal of Political Science, Vol. 42, N° 4, págs. 579-591.

Kettl, D. (2006) "Public Bureaucracies". The Oxford Handbook of Political Institutions. Oxford University Press, Oxford.

Kingdon, J. (1995) "Agendas, Alternatives, and Public Policies". Harper Collins, New York.

Korpi, W. & Palme, J. (1998) "The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare State institutions, inequality and poverty in the Western countries" en American Sociological Review, Vol. 63, N° 10.

Koster, E. (2011) “De la centralización a la nueva descentralización: del sistema de previsión estatal y la expansión de las prestaciones (1934-1967)” en Bucheli, G. &

Krasner, S. D. (1984). “Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics” en *Comparative Politics*, 16(2), 223–246.

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, (2006). Codificación publicada en el suplemento del registro oficial N° 349 de 5 de septiembre del 2006. Quito.

Lloyd Sherlock, P. (2009) “Social policy and inequality in Latin America: a review of recent trends” en *Social Policy and Administration*, Vol. 43, N° 4, págs 347-363.

Londoño, J. & Frenk, J. (1995) “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina” Documento de Trabajo 353, BID.

López Casanovas, G. et al (2003) “Los nuevos instrumentos de la gestión pública”. Colección Estudios Económicos N° 31. La Caixa, Barcelona.

---

311

Lynn, L. (2008) “What is a Neo-weberian State? Reflections on a concept and its implications” disponible en [http://fsv.cuni.cz/ISS-50-version1-080227\\_TED1\\_Lynn\\_Whats\\_neoweberian\\_state.pdf](http://fsv.cuni.cz/ISS-50-version1-080227_TED1_Lynn_Whats_neoweberian_state.pdf)

Maceira, D. (2007) “Actores y reformas en salud en América Latina” en Nota técnica de saúde N°1/2007. BID.

Mahoney, J. & Thelen, K. (2010) “Explaining institutional change. Ambiguity, agency and power”. Cambridge University Press. Cambridge.

Mann, M. (2006) “El poder autónomo del Estado: sus orígenes, mecanismos y resultados” en *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, N° 5. ISSN 1699 3950.

Universidad Autónoma de México, DF.



Martínez Franzoni, J. (2005a). “La pieza que faltaba: uso del tiempo y regímenes de bienestar en América Latina”, Nueva sociedad, N° 199: 35-52.

Martínez Franzoni, J. (2005b). “Regímenes de bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales”. Revista Centroamericana de Ciencias Sociales de Flacso, Vol. 4, N° 2: 41-77.

Martínez Franzoni, J. (2006) “Regímenes de Bienestar en América Latina: ¿Cuáles y cómo son?”. Madrid: Fundación Carolina.

Martínez Franzoni, J. (2007) “Regímenes de Bienestar en América Latina”. Madrid: Fundación Carolina.

Martínez Franzoni, J. (2008) “Domesticar la incertidumbre en América Latina”. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Martínez Franzoni, J. y Koen Voorend (2009) “Sistemas de patriarcado y regímenes de bienestar en América Latina. ¿Una cosa lleva a la otra?”. Madrid: Fundación Carolina.

---

312

MCDS-Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social (2008), “Agenda Social 2009-2011”. Ecuador: MCDS.

MCDS-Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social, (2011). Ecuador: MCDS.

MCDS-Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social (2012), “Agenda Social 2012-2013”. Ecuador: MCDS.

MCDS-Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social, (2014). “Sistema de Salud para el Ecuador”.

MCDS-Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social (2015), “Rendición de Cuentas 2014”. . Ecuador: MCDS.

Mesa Lago, C. (2004) “Evaluación de un cuarto de siglo de reformas estructurales de pensiones en América Latina” en Revista de la CEPAL, N° 84.

Mesa Lago, C. (2008) “Reassembling Social Security. A survey of Pensions and Health Care reforms in Latin America”. Oxford University Press.

Midaglia, C.; Castillo, M. & Fuentes, G. (2010) “El significado político de los ministerios sociales en Argentina, Chile y Uruguay” en Estado, Gobierno, Gestión Pública. Revista Chilena de Administración Pública, N° 15-16.

Minteguiaga, A. & Ubasart G. (2013) “Revolución Ciudadana y Régimen de Bienestar en Ecuador (2007-2012)”. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO.

Mishra, R. (1989) “El Estado de Bienestar después de la crisis: los años 80 y más allá” en Crisis y futuro del Estado de Bienestar. Alianza Universidad. Barcelona.

Moe, T. (1998) “La teoría positiva de la burocracia pública” La nueva economía política: racionalidad e instituciones. Eudeba, Buenos Aires.

Moran, M. (2000) “Understanding the Welfare State: the case of the health care” en British Journal of Politics and International Relations, Vol. 2, N° 2, 135-160.

Moreno, L.; Matsaganis, M.; Ferrera, M. & Capucha, L. (2003) “¿Existe una malla de seguridad en la Europa del Sur?”. Documento de Trabajo 03-17, Unidad de Políticas Comparadas, CSIC. Madrid.

Moreno, L. (2007) “Europa social, bienestar en España y la malla de seguridad” en Estado de Bienestar y competitividad. La experiencia europea. Siglo XXI. Madrid.

Mouffe, C. (2005) “En torno a lo político”. Fondo de Cultura Económica. Madrid.

MSP-Ministerio de Salud Pública, (2001) “Manual Técnico, Operativo, Administrativo y Financiero para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la

Infancia”, Unidad Ejecutora de la LMGYAI, Ministerio de Salud del Ecuador. Ecuador, MSP.

MSP-Ministerio de Salud Pública, (2009) “La Salud en la Nueva Constitución 2008”, Ecuador: MSP-OPS.

MSP-Ministerio de Salud Pública, (2010) “Datos Básicos 2010. Sistema Común de Información – Ministerio de Salud Pública del Ecuador”. Ecuador: MSP.

MSP-Ministerio de Salud Pública, (2011) “Subsecretaría de Extensión de la Protección Social – Ministerio de Salud Pública”. Ecuador: MSP.

MSP-Ministerio de Salud Pública, (2012) “Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS”. Ecuador: MSP.

MSP-Ministerio de Salud Pública, (2013) “Modelo de Gestión-MG”. Ecuador: MSP.

MSP-Ministerio de Salud Pública, (2015) “Rendición de Cuentas 2014”. Ecuador: MSP.

---

314

Munk, P. & Baggesen, M. (2010) “Behind the veil of vagueness: success and failure in institutional reforms” en Journal of Public Policy, Vol. 30, N° 2, págs. 183-200.

Muñoz del Bustillo, R. (1989) “Crisis y futuro del Estado de Bienestar”. Alianza Universidad. Barcelona.

Muñoz del Bustillo, R. (2000) “El Estado de Bienestar en el cambio de siglo”. Alianza ensayo. Barcelona.

Muñoz, P. (2013) “Construcción de un Estado democrático para el Buen Vivir: Análisis de las principales transformaciones del Estado ecuatoriano”, Quito: SENPLADES

Navarro, V. (2002) “Bienestar insuficiente, Democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país”. Anagrama. Madrid.

Nohrstedt, D. & Weible, C. (2010) "The logic of policy change after crisis: proximity and subsystem interaction" en Risk, Hazards and crisis in public policy, Vol. 1, Nº 2.

Noguera, J. (2000) "La reestructuración de la política social en España". Cambios en el Estado de bienestar . Barcelona. Icaria: 475-502.

Offe, C. (1988) "Partidos Políticos y nuevos movimientos sociales". Editorial Sistema, Madrid.

Offe C, (1990) "Contradicciones en el Estado del bienestar". Barcelona. Alianza

OMS, (2000) "Informe sobre la salud en el mundo". Organización Mundial de la Salud, Disponible en <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>

OMS, (2007) "Informe sobre la salud en el mundo". Organización Mundial de la Salud, Disponible en <http://www.who.int/whr/2007/es/index.html>

OMS, (2008) "Informe sobre la salud en el mundo". Organización Mundial de la Salud, Disponible en <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>

---

315

OMS/OPS/CE/OSE/EASP, (2010). "Migraciones profesionales Latino América – Unión Europea oportunidades para el desarrollo compartido". Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Comunidad Europea (CE)/Observatorio Social del Ecuador (OSE)/Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). OMS.

Ongaro, E. (2009) "Public Management reform and modernization". Trajectories of administrative change in Italy, France, Greece, Portugal and Spain. Edward Elgar Publishing, Massachusetts.

OPS, (2003) "El sector salud". Washington. Organización Panamericana de la Salud.

OPS, (2008) “Perfil de los Sistemas de Salud. Ecuador”. Monitoreo y análisis los procesos de cambio y reforma octubre 2008. Washington. Organización Panamericana de la Salud.

OPS, (2009) “Análisis del sector salud para la formulación de políticas públicas”. Washington. Organización Panamericana de la Salud.

OPS, (2012) “Análisis del sector salud, una herramienta para viabilizar la formulación de políticas”. Washington. Organización Panamericana de la Salud.

Orloff, A.S. (1993), “Gender and the social rights of citizenship: The comparative analysis of gender relations and welfare states”, *American Sociological Review*, vol. 58, pp. 303-328.

Orloff, A.S. (2009), “Gendering the Comparative Analysis of Welfare States: An Unfinished Agenda”, *Sociological Theory*, 27:3, pp. 317-343.

Palier, B. & Martin, C. (2008) “Reforming the Bismarckian Welfare Systems”. Oxford.

316

---

Pavolini, E., & Ranci, C. (2008) “Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries” en *Journal of European Social Policy* (18), 246-259.

Peña J. & Ubasart G. (2013) “Regímenes de Bienestar en Ecuador”, Cuadernos subversivos, IAEN, Quito, Ecuador.

Peters, G. (2002) “De cambio en cambio: patrones de continuidad en la reforma administrativa” en *Revista Reforma y Democracia*, N°24. CLAD, Caracas.

Peters, G. (2003) “El nuevo institucionalismo”. *Teoría institucional en Ciencia Política*. Gedisa Editorial, Barcelona.

Peters, G. & Pierre, J. (2004) “Politicization of the Civil Service in comparative perspective”. *The quest for control*. Routledge, Londres.

Peters, G. (2006) “Democracia y Administración Pública: la conexión emergente” en Revista Administración y Ciudadanía, Nº 1, Vol. 1. Galicia.

Pierson, P. (2000) “Increasing returns, path dependence and the study of politics” en The American Political Science Review, Vol. 94, Nº 2, págs. 251-267.

Pierson, P. (2001) “The new politics of the Welfare State”. Oxford University Press. Oxford.

Pierson, P. (2006) “Sobrellevando la austeridad permanente. Reestructuración del Estado de Bienestar en las democracias desarrolladas”. Zona Abierta (114/115), pp. 43-119.

Pierson, P. & Skocpol, T. (2008) “El Institucionalismo Histórico en la Ciencia Política contemporánea” en Revista Uruguaya de Ciencia Política, Vol. 17, Nº1, págs. 7-38.

Pollitt, C. (2003) “How governments do things through semi-autonomous organizations”. Palgrave Macmillan, Nueva York.

Pollitt, C. (2009) “Bureaucracies remember, post-bureaucratic organizations forget?” en Public Administration, Vol.87, Nº 2, págs. 198-218.

Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2011) “Public Management Reform. A comparative analysis: New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State (Third edition)”. Oxford University Press.

Ramió, C. (2001) “Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional” en Revista Reforma y Democracia, Nº 21. CLAD, Caracas.

Ramírez, F. (2006) “Mucho más que dos izquierdas”. En Nueva Sociedad, No. 205: 30-44.

Ramírez, F. & Minteguiaga A. (2007) “El nuevo tiempo del Estado. La política posneoliberal del correísmo”. En OSAL, Vol. 8 No 22: 87-103.

Ramírez, F. (2012a) “Crisis neoliberal y reconfiguraciones estatales: Ecuador y la heterodoxia sudamericana”. En Línea Sur, No. 2: 84-113.

Ramírez, F. (2012b) “Reconfiguraciones estatales en Ecuador: 1990-2011”. El Estado en América Latina: continuidades y rupturas. Santiago de Chile, Arcis-CLACSO: 341-374.

Ramírez, R. (2012) “Socialismo del Sumak Kawsay o biosocialismo republicano”. Quito: Senescyt.

Reibling, N. (2010) “Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access” en Journal of European Social Policy, Vol. 20, N° 5, 5-18.

Repetto, F. (2004) “Capacidad Estatal. Requisito para el mejoramiento de la política

---

318

Repetto, F. & Andrenacci, L. (2006) “Universalismo, Ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana”. Mimeo. INDES. Washington D.C.

Repetto, F. (2010) “Protección Social en América Latina: la búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos” en Revista Reforma y Democracia, N° 47. CLAD. Caracas.

Riesco, M. (2009) “Latin America: a new developmental Welfare State model in the making?” en International Journal of Social Welfare, Vol.18, págs 22-36.

Rodríguez Cabrero, G. (2002) “Economía política de la sociedad de consumo y el Estado de Bienestar” en Política y Sociedad, Vol. 39, N° 1, págs 7-25.

Rhodes, R.A.W. (2014) “Recovering the craft of public administration in network governance”, IPSA, Montreal 2014.

Rose, R. (1984) “El gran gobierno”. Fondo de Cultura Económica.

Sánchez de Dios, M. (2008) “Comparación de Path Dependence del Estado de Bienestar en los casos de Estados Unidos, Suecia y España” disponible en [http://mepafiiapp.org/uploads/documentos/20081212\\_131225\\_revista\\_cienciapolitica\\_e1\\_salvador\\_2.pdf](http://mepafiiapp.org/uploads/documentos/20081212_131225_revista_cienciapolitica_e1_salvador_2.pdf)

Sáz-Carranza, A. (2006) “Managing interorganizational networks: leadership, paradox, and power. Cases from the U.S immigration sector”. Tesis de Doctorado, Universidad Ramón Llull. Barcelona.

Schwartz, H. (2001) “Round up the usual suspects! Globalization, domestic politics and Welfare State change” en Pierson: The new politics of Welfare State. Oxford University Press. Oxford.

SENPLADES, (2007) “Plan Nacional del Buen Vivir: 2009-2013”. Quito. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo.

---

319

SENPLADES, (2009) “Plan Nacional del Buen Vivir: 2009-2013”. Quito. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo.

SENPLADES, (2013) “Los 100 logros de la Revolución Ciudadana”. Quito. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo.

Serrano A. (2012) “A (re)distribuir, Ecuador para Todos”. Quito. Senplades.

Sitek, M. (2010) “The new institutionalist approaches to Health Care reform: lessons from reform experiences in Central Europe” en Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 35, N° 4, págs. 569-593.

Skocpol, T. & Amenta, E. (1986) “States and social policies” en Annual review of Sociology, Vol. 12, 131-157.



Sojo, A. (2000) “Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica” en Serie Políticas Sociales N° 39, CEPAL, Santiago de Chile.

Sojo, A. (2007) “La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales” en Revista de la CEPAL, N° 91.

Sojo, A. (2011) “Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas” CEPAL, Santiago de Chile.

Spicker, P. (1988) “Principles of Social Wealfare”. en Introduction to thinking about the Wealfare State, New York: Roudledge.

Steinmo, S. & Watts, J. (1995). “It's the Institutions, Stupid!: Why the United States Can't Pass Comprehensive National Health Insurance” en Journal of Health Politics Policy and Law. Vol. 20, No. 2, págs. 329-372.

320

---

Steinmo, S. (2001) “Institutionalism” en International Encyclopedia of the social and behavioral sciences. Elsevier Science.

Steinmo, S. (2008) “What is Historical Institutionalism?” en Approaches in the social science. Cambridge University Press, Cambridge.

Steinmo, S. (2010) “The evolution of the modern States. Sweden, Japan and the United States”. Cambridge University Press. Cambridge.

Streeck, W. & Thelen, K. (2005) “Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies”. Oxford University Press, Nueva York.

Swank, D. (2002) “Global capital, political institutions, and policy change in developed Welfare States”. Cambridge University Press. Cambridge.

Tarrow, S. (1997) “El poder en movimiento: los movimientos sociales, la acción colectiva y la política”, Madrid: Alianza

Thelen, K. & Steinmo, S. (1992). "Historical institutionalism in comparative politics" en

Historical institutionalism in comparative politics: State, society, and economy. Cambridge University Press, Nueva York.

Therborn, G. (1989) "Los retos del Estado de Bienestar: la contrarrevolución que fracasa, las causas de su enfermedad y la economía política de las presiones del cambio" en Crisis y futuro del Estado de Bienestar. Alianza Universidad. Barcelona.

Titmuss, R. (1958) "Essay of the Welfare State", Londres: Allen and Unwin.

Torfin, J. (2012) "Interactive Governance: Advancing the Paradigm" Oxford University Press. Oxford.

Trampusch, C. (2010) "The Welfare State and trade unions in Switzerland: an historical reconstruction of the shift from a liberal to a post-liberal welfare regime" en Journal of European Social Policy, Vol. 20, N° 1, págs. 58-73.

---

321

Vásconez, Alison (2005) "Regímenes de bienestar y debate sobre política social en Ecuador". En Asedios a lo imposibles. Propuestas económicas en construcción, Alberto Acosta y Fander Falconí (Eds.): 39-67. Quito: Flacso Ecuador.

Vásconez, A., Córdoba, R. y Muñoz, P. (2005) "La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa: sentidos, contextos y resultados", Serie Políticas Sociales Naciones Unidas-Cepal, Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Vennesson, P. (2008) "Case studies and process tracing: theories and practices" en Approaches and methodologies in the Social Sciences. A pluralist perspective. Cambridge University Press. Cambridge.

Viciano, R. y Martínez, R. (2010) “Aspectos generales del nuevo constitucionalismo Latinoamericano” en *El nuevo constitucionalismo en América Latina*, Quito: Corte Constitucional.

Weber, M. (1944) “Economía y Sociedad”. Fondo de Cultura Económica”, DF. México.

Wendt, C. (2009) “Mapping european healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare” en *Journal of European Social Policy*, Vol. 19, págs. 432-445.

Wendt, C.; Frisina, L. & Rothgang, H. (2009) “Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison” en *Social Policy and Administration*, Vol. 43, N° 1, 70-90.

Ziller, J. (2003) “The Continental system of administrative legality” en *Handbook of Public Administration*. SAGE Publications, Londres.

## ANEXO: Modelo para entrevistas

### *Para Altos Funcionarios Público: MSP, Asamblea, CONASA*

#### **Historia**

¿Cuál cree que han sido históricamente los principales problemas de la atención de la salud en Ecuador?

¿Por qué cree que en Ecuador históricamente ha sido tan difícil implementar cambios estructurales en materia de salud?

A su juicio: ¿Cuál ha sido el rol de los distintos actores del sistema (médicos, empresas, políticos, trabajadores) en esta situación?

En cuanto al proyecto en particular de reforma: ¿Por qué cree que fue exitosa la propuesta de reforma durante la Presidencia del Eco. Rafael Correa? ¿Dónde se encontraron las principales resistencias?

#### **Génesis del SNS y proceso político**

¿Cómo se construyó la propuesta de reforma del Sistema de Salud?

¿Quiénes intervinieron?

¿Se tomaron en cuenta experiencias internacionales?

¿Cuál fue el rol?

¿Cuáles cree que fueron los factores que impulsaron la transformación del SNS?

---

323

#### **Implementación y funcionamiento del SNS**

En líneas generales: ¿Cómo evalúa al SNS?

¿Logró resolver algunos de los problemas existentes?

¿Quiénes ganaron y quiénes perdieron con la reforma?

¿Ha logrado a su juicio una mayor integración de las distintas partes del sistema?

¿Ha mejorado la calidad de los servicios?

¿Cómo evalúa la forma de financiamiento adoptada?

¿Contribuyó a salir de la crisis del sistema?

¿Cómo evalúa el rol del MSP en el proceso de implementación del nuevo sistema?

¿Qué capacidades tiene o construyó el MSP para hacer efectivo el control del cumplimiento de los contratos de gestión?

- ¿Qué capacidad existe de intervenir en la gestión?
- ¿Considera que el MSP efectivamente ha llevado adelante las tareas de fiscalización que le competen?
- ¿Cómo evalúa la disponibilidad de información con la que cuentan los usuarios del sistema? ¿Cuál es el ideal al que aspiran?
- ¿Cuál ha sido la actitud de los funcionarios ante los cambios propuestos?
- ¿Cuáles fueron los principales bloqueos que sufrió la implementación del SNS?
- ¿Por quienes? ¿En qué áreas?
- ¿Qué ajustes o cambios le realizaría al nuevo sistema?
- ¿Qué tan viable es este sistema en el mediano plazo?
- ¿Resistiría un gobierno de otro partido? ¿Por dónde vendrían los cambios o ajustes?

### **Cuestiones a mediano plazo**

- En cuanto al financiamiento del sistema: ¿Cómo cree que debería ser el mismo?
- ¿Está proyectado un cambio hacia rentas generales o se piensa continuar basado en los aportes de la seguridad social?
- ¿Considera que esta configuración tiene algún impacto sobre la equidad del sistema?
- El MSP es un pilar de la Reforma del Estado: ¿Cuál es el plan de reforma de esta gestión? ¿Qué modelo se intenta implementar?

### **Cuestiones generales**

- ¿Cómo evalúa la existencia del pago de bolsillo y su relación con los postulados generales de la reforma?
- Según su opinión: ¿En qué medida el SNS implica un avance hacia un cambio de la matriz de bienestar, o por el contrario refuerza la existente? En caso de estar cambiando: ¿En qué dirección?

***Para actores externos al Estado (médicos, trabajadores, empresas, académicos)*****Historia**

¿Cuál cree que han sido históricamente los principales problemas de la atención de la salud en Ecuador?

¿Por qué cree que en Ecuador históricamente ha sido tan difícil implementar cambios estructurales en materia de salud?

A su juicio: ¿Cuál ha sido el rol de los distintos actores del sistema (médicos, empresas, políticos, trabajadores) en esta situación?

En cuanto al proyecto en particular de reforma: ¿Por qué cree que fue exitosa la propuesta de reforma durante la Presidencia del Eco. Rafael Correa? ¿Dónde se encontraron las principales resistencias?

**Génesis del SNS y proceso político**

¿Cuáles cree que fueron las condiciones que ayudaron a la aprobación del SNS?

**Implementación y funcionamiento del SNS**

En líneas generales: ¿Cómo evalúa al SNS?

¿Logró resolver algunos de los problemas existentes?

¿Quiénes ganaron y quiénes perdieron con la reforma?

¿Ha logrado a su juicio una mayor integración de las distintas partes del sistema?

¿Ha mejorado la calidad de los servicios?

¿Cómo evalúa la forma de financiamiento adoptada?

¿Contribuyó a salir de la crisis del sistema?

¿Cómo evalúa el rol del MSP en el proceso de implementación del nuevo sistema?

¿Qué capacidades tiene o construyó el MSP para hacer efectivo el control del cumplimiento de los contratos de gestión?

¿Qué capacidad existe de intervenir en la gestión?

¿Considera que el MSP efectivamente ha llevado adelante las tareas de fiscalización que le competen?

¿Cómo evalúa la disponibilidad de información con la que cuentan los usuarios del sistema? ¿Cuál es el ideal al que aspiran?

¿Cuál ha sido la actitud de los funcionarios ante los cambios propuestos?

¿Cuáles fueron los principales bloqueos que sufrió la implementación del SNS?

¿Por quienes? ¿En qué áreas?

¿Qué ajustes o cambios le realizaría al nuevo sistema?

¿Qué tan viable es este sistema en el mediano plazo?

¿Resistiría un gobierno de otro partido? ¿Por dónde vendrían los cambios o ajustes?

### **Cuestiones a mediano plazo**

¿Qué opinión tiene del modelo de gestión y el MAIS?

¿Cómo se piensa a futuro el rol del modelo de gestión y el MAIS en el sistema?

¿Cómo evalúa el rol del MSP en el sistema?

### **Cuestiones generales**

Según su opinión: ¿En qué medida el SNS implica un avance hacia un cambio de la matriz de bienestar, o por el contrario refuerza la existente? En caso de estar cambiando:

¿En qué dirección?

### ***Para académicos/investigadores***

#### **Historia**

¿Cuál cree que han sido históricamente los principales problemas de la atención de la salud en Ecuador?

¿Por qué cree que en Ecuador históricamente ha sido tan difícil implementar cambios estructurales en materia de salud?

A su juicio: ¿Cuál ha sido el rol de los distintos actores del sistema (médicos, empresas, políticos, trabajadores) en esta situación?

En cuanto al proyecto en particular de reforma: ¿Por qué cree que fue exitosa la propuesta de reforma durante la Presidencia del Eco. Rafael Correa? ¿Dónde se encontraron las principales resistencias?

#### **Génesis del SNS y proceso político**

¿Cómo se construyó la propuesta de reforma del Sistema de Salud?

¿Quiénes intervinieron?

¿Se tomaron en cuenta experiencias internacionales?

¿Cuál fue el rol?

¿Cuáles cree que fueron los factores que impulsaron la transformación del SNS?

## **Implementación y funcionamiento del SNS**

En líneas generales: ¿Cómo evalúa al SNS?

¿Logró resolver algunos de los problemas existentes?

¿Quiénes ganaron y quiénes perdieron con la reforma?

¿Ha logrado a su juicio una mayor integración de las distintas partes del sistema?

¿Ha mejorado la calidad de los servicios?

¿Cómo evalúa la forma de financiamiento adoptada?

¿Contribuyó a salir de la crisis del sistema?

¿Cómo evalúa el rol del MSP en el proceso de implementación del nuevo sistema?

¿Qué capacidades tiene o construyó el MSP para hacer efectivo el control del cumplimiento de los contratos de gestión?

¿Qué capacidad existe de intervenir en la gestión?

¿Considera que el MSP efectivamente ha llevado adelante las tareas de fiscalización que le competen?

¿Cómo evalúa la disponibilidad de información con la que cuentan los usuarios del sistema? ¿Cuál es el ideal al que aspiran?

¿Cuál ha sido la actitud de los funcionarios ante los cambios propuestos?

¿Cuáles fueron los principales bloqueos que sufrió la implementación del SNS?

¿Por quienes? ¿En qué áreas?

¿Qué ajustes o cambios le realizaría al nuevo sistema?

¿Qué tan viable es este sistema en el mediano plazo?

¿Resistiría un gobierno de otro partido? ¿Por dónde vendrían los cambios o ajustes?

## **Cuestiones a mediano plazo**

¿Qué opinión tiene del modelo de gestión y el MAIS?

¿Cómo se piensa a futuro el rol del modelo de gestión y el MAIS en el sistema?

¿Cómo evalúa el rol del MSP en el sistema?

## **Cuestiones generales**

Según su opinión: ¿En qué medida el SNS implica un avance hacia un cambio de la matriz de bienestar, o por el contrario refuerza la existente? En caso de estar cambiando:

¿En qué dirección?